

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020  
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno . . . . . 30\$000; por 2 annos . . . . . 60\$000

Vol. XXXVIII      Dezembro de 1939      N. 6

## Leishmaniose tegumentar autoctone no municipio de São Paulo \*

**Bruno Rangel Pestana**

Assistente do Instituto Bacteriologico de São Paulo

e

**Prof. S. B. Pessoa**

Catedratico de Parasitologia da Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo

Trabalho do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo

Director: Dr. H. Pascale

Comissão de Estudos da Leishmaniose

Em 1913 BRUMPT e PEDROSO, estudando a epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana, denominaram-na de leishmaniose florestal, devido ao fato de ser a moléstia, segundo áqueles autores, contraída nas florestas virgens ou recentemente desbastadas. Em ligeiro estudo estatístico, por nós publicado de casos de leishmaniose na Alta Paulista (1939), escrevemos então: "Verifica-se pelos dados estatísticos colhidos no Posto de Profilaxia de Marilia, não ser sempre necessário, para a aquisição das leishmaniose, contáto íntimo e direto com as matas". "Os caracteristicos epidemiológicos por nós apontados, assim como a presença de numerosos doentes em localidades as vezes distantes de zonas florestais, nos levam a admitir ser a leishmaniose doença domiciliaria de certas zonas rurais". Com isto não queremos negar, serem as zonas novas, florestais ou de penetração

\* Lido na Sessão de 4-9-939 da Ass. Paulista de Medicina (Secção de Hygiene e Medicina Tropical).

e derrubada recente das matas, os logares em que a moléstia grassa sob a forma endemo-epidemica.

Existem com efeito relatos de casos autoctones de leishmaniose tegumentar mesmo em cidades (zonas sub-urbanas). Assim D'UTRA e SILVA (1915) dizem que verificaram casos em moradores dos subúrbios do Rio de Janeiro (Jacarepaguá, Reallengo, Gavéa, etc.).

Escreve este autor que "dos doentes de Jacarepaguá, Reallengo e Campo Grande, alguns já haviam sido trabalhadores em Bauru (naquela ocasião grande foco da moléstia), e posteriormente apareceram outros, que nunca tinham ido ao interior do paiz". NEIVA e BARBARÁ (1916), dizem que o Dr. FLORENCIO GOMES teve ocasião de encontrar dois casos de leishmaniose nos arredores de S. Paulo. ROMEU DA SILVEIRA em sua tese (1919), cita o caso de um doente do Prof. AGUIAR PUPO, que contraíu a infecção na Lapa — bairro de S. Paulo — e dois casos do Dr. RIBEIRO DE ALMEIDA também originários de S. Paulo. CUNHA MOTTA cita o Prof. A. LINDBERG (1928) o qual identificou casos autoctones nos bairros de Vila Mariana, Bosque e Avenida Angelica, desta Capital. Finalmente é bem conhecida a formação de um foco de leishmaniose em plena cidade do Rio de Janeiro, estudada por ARAGÃO (1927).

Tendo sabido que o distinto colega Dr. João MONTENEGRO observara há tempos um caso autoctone de leishmaniose em S. Paulo, fomos procura-lo e ele nos confirmou o fato, tendo-o observado em 1924 e nos fornecendo a observação deste caso, até hoje inédito. Transcrevemo-lo em seguida, tal como estava archivado por este ilustre pesquisador:

V. A. — 18 anos — branca.

Procurou o ambulatório do Cons. de Pele da Sta. Casa por ter uma lesão da mucosa da bochecha que foi diagnosticada lichen.

A enferma ainda apresentava na região infra orbital esquerda uma pequena lesão do tamanho de um grão de arroz, de cor vermelha, levemente aspera e ligeiramente elevada. A biopsia revelou inflamação crônica não supurativa semelhante a da leishmaniose. Semeadura de uma segunda biopsia deu cultura pura de leishmanias em meio de Noguchi. Residia a doente em Sant'Ana (bairro de S. Paulo) e nunca esteve no interior do paiz.

Finalmente o Prof. AGUIAR PUPO (1935), publicou a observação bastante minuciosa de uma doente que adquiriu a leishmaniose em Indianópolis (bairro de S. Paulo), vindo a apresentar um ano após lesão da mucosa nasal.

Os casos que passaremos a relatar tiveram como ponto de partida uma doentinha que nos foi trazida ao Departamento de Parasitologia, para elucidação de diagnóstico, pelo distinto colega Dr. José de ALMEIDA, assistente do Departamento de Microbiologia. A doentinha fora mandada a este colega afim de ser

feito um exame bacterioscopico para elucidação de diagnostico. Desconfiando este bacteriologista, pelo aspecto clinico da ulceração se tratar de um caso de leishmaniose, trouxe-a ao nosso Departamento onde verificámos a exatidão da suspeita clínica do Dr. JOSÉ DE ALMEIDA.

Posteriormente examinamos mais uma irmãzinha desta e seu pai, todos com leishmaniose. Fazendo um ligeiro inquerito epidemiológico nos arredores de sua casa de moradia — sitio situado no municipio de S. Paulo, a alguns quilometros de Santo Amaro, na estrada que conduz à Itapecirica, tivemos a ocasião de determinar a existencia de dois outros casos. Um residindo a alfunos metros distantes, em uma olaria, e outro, talvez cerca de 4 quilometros. Vamos relatar em seguida mais pormenoradamente êstes casos.

#### Casos na familia A. M. (Data observação: 4-8-1939).

##### 1.<sup>a</sup> Observação. — A. M. — Branco — Brasileiro — 36 anos.

Conta-nos esse senhor que sua familia comprehende, sua senhora e 3 filhas menores. Moravam na rua Vergueiro, na cidade de S. Paulo, durante mais de 8 anos. Em fins de Fevereiro comprou um sitio na estrada de Itapecirica, município de S. Paulo, e para lá mudou-se, com sua família.

Como o tal sitio estivera abandonado por muitos meses, fora necessário roçar o mato e o capim que cresciam abundantemente ao redor da casa.

Cerca de dois meses após aí residirem é que começaram a aparecer as ulcerações, nêle e em duas filhinhas.

O Sr. A. M. apresenta uma pequena úlcera no ante-braço esquerdo; uma outra maior e já em vias de cicatrização espontânea no punho esquerdo. Suas feridas apareceram posteriormente às das crianças.

##### Intradermo reação de Montenegro — levemente positiva (++) .

Pesquisa de leishmania: — Encontramos após escarificação do tecido cicatricial e espalhamento do sangue em lamínas, abundantes leishmanias.

##### Formula leucocitária: — Sangue do dedo.

Leucocitos: — Contagem global: 8.300 m<sup>3</sup>.

##### Contagem específica: —

Neutrofilos	66,5 %
Basofilos	1,0 %
Eosinofilos	1,5 %
Linfocitos	18,0 %
Jovens	1,5 %

##### Contagem específica ao nível da úlcera: —

Neutrofilos	55,5 %
Basofilos	1,0 %
Eosinofilos	2,0 %
Linfocitos	23,0 %
Monocitos	16,5 %
Jovens	2,0 %

##### 2.<sup>a</sup> Observação. — M. — 6 anos — (filha do Sr. A. M.) (Fot. 1).

Apresenta uma úlcera na região maleolar interna direita, e algumas outras menores na perna esquerda.

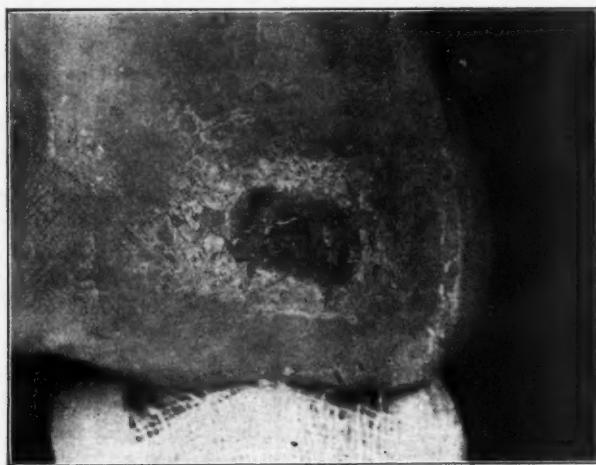


Fig. 1 — Menina M. mostrando a úlcera na região infero-maleolar interna



Fig. 2 — Foto, da reação intradermica de Montenegro. Nota-se pápula central e a região eritematosa ao redor

*Intradermo:* — fortemente positiva (++) (Fot. 2).

*Pesquisa de parasitas:* — negativo.

*Formula leucocitária:* — sangue do dedo.

*Leucocitos:* — Total: — 7.000 m<sup>3</sup>.

*Diferencial:* —

Neutrofilos	49,5 %
Basófilos.	0,5 %
Eosinófilos	2,5 %
Monócitos	22,5 %
Linfócitos	18,5 %
Jovens	5,0 %

3.<sup>a</sup> *Observação.* — V. — 10 anos — (irmã de M.) — (Fot. 3).

A menina V. apresenta uma única úlcera no 1/3 inferior do ante-braco direito, medindo cerca de 2 cts. de diâmetro. Apresenta cadeia de ganglios muito infartados ao longo do mesmo ante-braco e braço, alguns atingindo



Fig. 3 — Foto da úlcera leishmaniotica da menina V. (obs. 3).

o tamanho de um ovo de pomba. Interessante é que a mãe da criança diz que os ganglios se infartaram antes do aparecimento da ferida. Tendo levado a menina a um médico, diagnosticou este colega, a adenite superficial existente, de "bernes" múltiplos do braço.

*Intradermo:* — bem positivo (++++).

*Pesquisa de parasitas:* — encontramos grande número de leishmanias.

*Formula leucocitária:* — sangue do dedo.

*Leucocitos* — Total: — 9.600 m<sup>3</sup>.

*Diferencial:* —

Neutrofilos	53,0 %
Basófilos.	0,5 %

Eosinófilos . . . . .	1,0 %
Linfócitos . . . . .	17,0 %
Monocitos . . . . .	23,5 %
Jovens . . . . .	5,0 %

*Ao nível da úlcera:* —

*Leucócitos* — Total: — 10.200.

*Diferencial:* —

Neutrofílos . . . . .	54,0 %
Basófilos . . . . .	0,0 %
Eosinófilos . . . . .	2,0 %
Linfócitos . . . . .	12,0 %
Monocitos . . . . .	12,5 %
Jovens . . . . .	3,0 %

Posteriormente estivemos em várias casas situadas na mesma estrada e em outras vizinhas, examinando todos casos suspeitos de ferida, nos quais praticamos a intradermo-reação de Montenegro.

Examinámos assim em 9 ou 10 casas que visitámos, cerca de 12 pessoas com feridas, entre adultos e crianças. Duas reagiram positivamente ao antígeno, que como sabem é feito com suspensão de leishmanias mortas.

Damos em seguida o registro, destes dois casos.

4.<sup>a</sup> *Observação.* — B. A. — 60 anos — Fem. — Branca — Bras. (Fot. 4).

Mora no logar há 6 meses. Apresenta 2 cicatrizes na perna direita e duas úlceras, medindo cerca de 2 cts. de diâmetro, na perna esquerda.



Fig. 4 — Foto mostrando a lesão da observação 4.<sup>a</sup> Senhora B. A.

Veio do Brooklin Paulista (arrabalde de S. Paulo), onde morou durante mais de 10 anos, e onde, diz ela, adquiriu as feridas, que sofre há mais de 1 ano.

*Intradermo reação:* — bem positiva (+++).

*Pesquisa de leishmania:* — encontramos raras leishmanias.

**5.<sup>a</sup> Observação.** — A. F. — 11 anos — Branca — Brasileira.

Apresenta várias pequenas úlceras em ambas as pernas; algumas cicatrizadas recentemente, e com aspecto clínico de leishmaniose. Mora há muitos anos no logar, e seu pai foi oleiro num colégio situado próximo.

*Intradermo reação:* — (13-9-939) — levemente positiva (++) .

A menina, não permitiu que fosse retirado material para pesquisa de leishmanias.

## COMENTARIOS

Sem nos alongarmos muito, pensamos que os casos aqui apresentados tem certo interesse não só sob o ponto de vista clínico como epidemiológico. Assim vemos que, pelo fato de residir os doentes na visinhança de S. Paulo, os médicos que as examinaram logo puseram de lado a possibilidade de se tratar de leishmaniose, e foram elas tratadas cerca de 3 meses como esporotricose, piôdermite, etc.

Em segundo lugar vemos a possibilidade da transmissão da moléstia se processar longe das zonas florestais; talvez a roçada anterior à mudança para o sítio creasse condições favoráveis a maior proliferação dos flebotomos, sendo o foco fornecido pela doente n.<sup>o</sup> 4, que se mudara para aí dois meses antes, e apresentava uma úlcera infeciosa.

Interessante também é considerar a formula leucocitária dos pacientes; todos os 3 examinados a-pesar de nunca terem tido malária apresentam monocitose absoluta e relativa, e essa monocitose é mais acentuada na visinhança da úlcera. É possível que tal achado, si for confirmado em maior número de casos, forneça mais um processo para o diagnóstico presuntivo da moléstia que, em certos casos, como sabemos, é bastante difícil.

Neste ponto de vista devemos fazer notar que não há entre nós estudos sobre a formula hematológica na leishmaniose. Conhecemos somente pequena nota de MOREIRA DA FONSECA (1913), que em 10 casos crônicos encontrou em 2 monocitose e em 8 eosinofilia.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

## RESUMO

Após terem feito uma leve revisão bibliográfica sobre os casos de leishmaniose autoctone no município de S. Paulo, os autores assinalam a existência de um pequeno foco desta moléstia na visinhança de Sto.

Amaro. Relatam as observações de 5 casos de leishmaniose e fazem notar a monocitose que em 3 doentes estudados, sempre se apresentou no sangue do dedo e mais acentuado no sangue retirado de perto da borda da ulceração.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — BRUMPT, E. e PEDROSO, A. — 1913. — Pesquisas epidemiológicas sobre a leishmaniose americana das florestas no Estado de S. Paulo. Annaes Paul. de Med. e Cirurgia — Ano I — Vol. I, n.º 4, novembro.
- 2 — PESTANA, B. R., PESSÔA, S. B. e CORRÊA, A. — 1939. — Notas sobre leishmaniose no município de Marilia — S. Paulo. — A Folha Médica — Ano XX — n.º 9, 25 de Março, pg. 87.
- 3 — D'UTRA e SILVA, O. — 1915 — Sobre a leishmaniose tegumentar e seu tratamento. — Mem. Inst. Osw. Cruz — T. VII — Fac. II, pg. 213.
- 4 — NEIVA e BARBARÁ — 1916. — Leishmaniosis tegumentaria Americana. 1.º Conf. Soc. Sud. Americana de Hyg. e Pathologica. — B. Aires — Sept. 1916, pg. 311.
- 5 — SILVEIRA, R. C. — 1919. — Distribuição e frequencia da leishmaniose em S. Paulo. — Tese de S. Paulo.
- 6 — CUNHA MOTTA, L. — 1928. — Histo-Patologia da leishmaniose tegumentar cutânea. — Annaes da Fac. de Med. de S. Paulo. Vol. III, pg. 101.
- 7 — ARAGÃO, H. de B. — 1837. — Palestra sobre a leishmaniose. — Ciência Médica. Ano V., n.º 3, 31-III — pg. 121.
- 8 — PUPO, AGUIAR J. — 1935. — Tratamento da leishmaniose tegumentar americana pelas injeções de meta-arsenito de sodio. — Rev. Médica de Pernambuco. Ano 5, nos 10-18, pg. 373.
- 9 — FONSECA, J. MOREIRA DA — 1935 — Eosinophilia na Leishmaniose in "Estudos sobre Doenças Tropicais e Infectuosas" — Rio — pgs. 45-46.

## Senotiol- CALCIO COLLOIDAL INJECTAVEL

## HIPERTENÇÃO ARTERIAL MIOCARDITES ARTERIOESCLEROSE CARDIOSCLEROL TONICO CARDIACO ATOXICO

*A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila Rosdanato de Potassa*

*Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos*

**INSTITUTO CHIMORGAN**

**CAIXA, 4500**

**SÃO PAULO**

## Alguns aspectos epidemiológicos da malária no planalto de São Paulo

**Dr. Abel Vargas**

*Medico chefe do Serviço de Malaria da Light and Power*

Os últimos surtos de malária em algumas localidades do alto planalto paulista delimitadas pelos paralelos 23°25' e 23°50' meridianos 46°10' e 47°45', oferecem oportunidade para comentários sobre os curiosos aspectos epidemiológicos com que vêm se apresentando essa desorganizadora doença, em altitudes superiores a 700 metros sobre o nível do mar. Até bem pouco tempo era crença geral, que a altitude com as consequentes variações bruscas de temperatura, sedia um fator contrário à disseminação da malária, os exemplos eram raros, no Estado e mesmo no país, de endemia palustre acima da cota de 700 metros, muito embora conjuntamente existissem mosquitos transmissores e homens gametóforos.

E' fato de observação, entre nós, que a malária quasi sempre presente no litoral, vai rareando à medida que se caminha para o interior em direção às montanhas. Atacando severamente os habitantes da baixada do Estado do Rio, a malária vai aos poucos desaparecendo, até se tornar inteiramente ausente, a partir de certa altitude. Os arredores da cidade de Petrópolis, Teresópolis e Friburgo conservam-se por isso inteiramente indênes, sendo êsse fato atribuído simplesmente a uma questão de altitude.

O que se nota entretanto de curioso é o seguinte: se para as montanhas que circundam a baía do Rio de Janeiro a malária não ultrapassa de determinada altura, digamos 400 metros sobre o nível do mar, já do lado do Oceano Atlântico vamos encontrar êssa plasmodiose em altitudes bem superiores, exemplo das Serras de Angra, Mangaratiba e Itaguaí, que são assoladas mesmo a mais de 500 metros de altura. Petrópolis, Teresópolis e Friburgo não são inteiramente livres de anófeyes, não temos nenhuma experiência porém de como se comportam êsses insetos para tirar conclusões sobre a possibilidade de malária nos arredores dessas cidades.

Esses fenômenos não são entretanto peculiares ao nosso país, pois observadores estrangeiros, sobretudo na Índia, têm notado que a malária particularmente grave no litoral, vai desaparecendo gradativamente à medida que se caminha para o interior em direção às montanhas. Ultimamente observadores ingleses constataram que as expedições às montanhas do Himaláia na Índia, tiveram sérias dificuldades com malária até a altura de 1.600 pés sobre o nível do mar (mais ou menos 500 metros) porém dessa altura em diante os perigos foram desaparecendo até se tornarem nulos a grandes alturas. (Ind. Medical Gazz. 1935 Oct. v. 70 n.º 10 C. Strickland).

De acordo com essas observações, parecia à primeira vista que o planalto de São Paulo estaria livre de uma incursão de malária, apesar do grande movimento de indivíduos infectados em busca de trabalho. Os arredores de Una, Piedade, São Roque, Santo Amaro, São Bernardo e São Paulo, situados em altitudes variando de 750 a quasi 1000 metros sobre o nível do mar, onde a temperatura em certos meses do ano vai muitas vezes a 0 grau centígrado, não podiam entrar nas cogitações de um sanitarista, como zonas próprias para se estabelecer uma endemia palustre. Essa suposição vai aos poucos entretanto sofrendo restrições, com o aparecimento de verdadeiros surtos epidêmicos de malária nessas localidades do planalto, todas situadas acima de 700 metros sobre o nível do mar.

Examinando-se porém com a devida atenção as temperaturas observadas entre 1926 a 1935 na região em apreço, vemos logo que durante muitos meses do ano, o "ótimo" para o desenvolvimento do parasita da malária em sua fase sexuada é várias vezes atingido por dias seguidos, semanas e meses. A questão meteorológica ficaria pois colocada em plano secundário, não podendo constituir um fator contrário a uma eclosão possível de malária em qualquer ponto do planalto onde todas as espécies de anófeyes de hábitos caseiros estivessem bem representadas e houvesse concomitante imigração de gametóforos.

Isso é verdadeiro, pois presentemente estamos verificando que de 1929 para cá a parte do planalto onde estão situados os municípios de São Bernardo, Santo Amaro, Una, Piedade, São Roque e mesmo São Paulo, está sendo paulatinamente invadida pela plasmódiose de Laveran que mesmo em certas dessas localidades já se tornou endêmica. Todavia, uma questão logo se apresenta: era essa região inteiramente indene dessa plasmódiose antes de 1928? Tratar-se-ia de região de anofelismo sem malária, tal qual se apresenta o vale do Paraíba e outros e que por qualquer circunstância ocorreram mudanças nos hábitos dos mosquitos tidos como vectores? Houve algum anormal aumento na densidade anofelínica? Alguma modificação nos fatores meteorológicos capazes de por si só explicarem os recentes surtos? Pa-

rece que não. Nenhuma modificação houve nos hábitos dos mosquitos anofelinos, os fatores meteorológicos nesses últimos dez anos têm sido os mesmos e si não tem havido diminuição de densidade anofelinica certo também o aumento não tem sido notável, capaz de por si só despertar atenção. A malária não foi agora introduzida no planalto, apenas recrudesceu, em razão das causas abaixo explicadas.

Senão vejamos: — Em inspeção epidemiológica que fizemos em 1926 às cabeceiras dos rios Bororé, Taquacetuba, Pedra Branca, Capivari, Marcolino e Curucutú, afluentes do rio Grande, em altitudes vizinhas de 900 metros sobre o nível do mar, tivemos oportunidade de identificar anófeles provados como transmissores, de hábitos caseiros e constatar casos de malária, sem grande difusão é verdade, mas positivamente autóctones. Anófeyes albitalis e *A. tarsimaculatus*, os vectores mais prováveis, estavam perfeitamente representados e podiam facilmente ser capturados no interior das habitações. Algumas turmas de engenharia e trabalhos de exploração nas nascentes dos rios Capivari, Marcolino, etc., tiveram vários dos seus componentes acometidos pela malária.

No trabalho de A. Prado e R. Godinho, apresentado à Sociedade de Biologia de São Paulo (Sessão de 8 de Março de 1935) os autores comentam um caso de impaludismo ocorrido nos arredores de Butantan. O paciente havia 18 meses que não se ausentava da localidade, parecendo portanto um caso autóctone, pois não havia probabilidade de ter-se infectado n'outros lugares e uma recorrência de mais de um ano é bastante rara. Os mesmos autores fazem comentários sobre a questão de variações de temperatura no planalto, como fator inhibitório da evolução do parasita no corpo do mosquito. Nós também já tivemos oportunidade de assinalar um caso autóctone de malária, ocorrido no bairro de Pinheiros, na pessoa de um operário da Light. Tratava-se evidentemente de uma infecção primária, que durante vários dias foi tomada como pneumonia, febre tifóide, brucelose, etc., mas que os repetidos esfregaços de sangue demonstraram se tratar de malária terçá benigna, alias com abundantíssimos parasitas na circulação periférica. Ainda mais recentemente o Dr. A. Ayrosa em interessantíssimas experiências relatadas em conferência realizada na sessão de patologia tropical da Associação Paulista de Medicina (Sessão de Junho de 1937) dava conta dos resultados de infestação artificial obtida em mosquitos oriundos do bairro de Pinheiros (*Nyssorhyncus tarsimaculatus*). Si bem que se trate de uma infestação artificial que pouco pode provar as possibilidades de infestação "in natura", não deixa de ser curioso ter sido obtida em mosquitos de um lugar onde já foram assinalados casos autóctones de malária.

Em trabalho apresentado ao Primeiro Congresso Médico Paulista, reunido em São Paulo em Dezembro de 1916, o Dr. Aristides Guimarães, já acreditava na existência de malária mesmo na Capital. São suas as seguintes palavras: — "Com a temperatura não podemos contar; muito variável, inconstante alias desfavorável ao paludismo; mas pode haver uma fixação e dar tempo ao ciclo esporogônico do hematozoário". (Paludismo, sua Distribuição Geográfica no Estado de São Paulo — Memória apresentada ao Primeiro Congresso Médico Paulista, realizado em São Paulo de 3 a 10 de XII de 1916 — Dr. Aristides Guimarães). Aliás na opinião do Dr. Guimarães, nem mesmo o vale do Paraíba estaria livre da malária. A existência de casos autóctones de malária no planalto é pois observação antiga.

Em o número de Dezembro de 1936 dos Arquivos de Higiene e Saúde Pública do Estado de São Paulo ha um bem documentado trabalho do Dr. J. Gomes dos Reis Junior no qual é emprestado aos últimos surtos de malária observados no Estado de São Paulo caráter nitidamente social. Para o Dr. Reis Junior a depresão económica, com a miséria que acarretou no interior do Estado, determinando perda de imunidade e fazendo baixar o nível de resistência do indivíduo, foi a causa de grande difusão que teve a malária no Estado de São Paulo.

Com estatísticas, quadros demonstrativos de temperatura, chuvas, imigração, custo de vida, etc., o Dr. Reis Junior procura demonstrar o acerto de suas suposições. E' bem verdade que a imigração diminuiu bastante de 1929 para a época atual mas não cessou por completo, principalmente para imigrantes de outros Estados e êsses poucos imigrantes podiam perfeitamente ter sido portadores de novas raças de hematozoários, quanto mais que é sabido que a malária varreu em verdadeiras vagas o Nordeste Brasileiro de 1930 a 1934.

Segundo a opinião de E. Sergent o movimento de imigrantes infectados deve ser encarado com bastante atenção, devendo ser um dos objetivos do malariologista. (*Les Principes Directeurs de la Prophylaxie Médicamenteuse Collective du Paludisme — Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie, T. XV, N.º 1 Mars 1937 — E. Sergent*). E' claro pois o papel importante que deve representar o movimento de trabalhadores infectados, na epidemiologia da malária, no planalto, sabendo-se que nesse planalto as espécies transmissoras estão bem representadas.

A primeira notícia documentada de malária na Serra do Mar foi dada por Lutz em 1903, por ocasião da construção dos planos inclinados da São Paulo Railway. Para os observadores da época foi uma surpresa, uma epidemia de malária nas montanhas, onde em razão da topografia era impossível a formação de charcos, coleções de água, etc., que pudessem servir de criadouros de larvas. Por essa época a idéia de malária ainda estava

ligada a pantanos. O sábio Lutz, chamado para resolver o problema, identificou então e descreveu um pequeno mosquito que recebeu, em homenagem ao sábio, o nome de "Mysomia Lutz" (Theobald). Esse mosquito, que tem o hábito de desovar na água contida nas folhas das bromélias, foi dado então como veiculador da malária nas montanhas.

Posteriormente, em regiões circunvizinhas e com a mesma topografia, foram identificados mosquitos transmissores, clássicos, de malária nas baixadas, isto é "Anopheles Albitarsis" e "A. Tarsimaculatus". Foi observado então que êsses mosquitos, que em geral têm os seus criadouros em pequenos charcos, podem nas montanhas se adaptar perfeitamente à região, trocando os seus criadouros habituais por outros, tais como depósitos artificiais, latas, garrafas, etc., côncavos de árvores, depressões em pedras, bambús, etc. O que foi a malária por essa ocasião na Serra do Mar está perfeitamente descrito no trabalho publicado por A. Lutz em 26.I.903 (Waldmosquitos und Waldmalaria Central Alad. Batke. V. XXXIII N.º 4). Provavelmente a movimentação de trabalhadores da baixada para a Serra, segundo os progressos das obras, foi a causa da epidemia observada.

De 1903 a 1928 não conhecemos nenhuma referência sobre epidemias de malária, no planalto. Teria havido regressão espontânea, consequente à modificação nos hábitos dos anofelinos? O certo porém é que não se ouvia falar de malária, ou por outra, essa plasmodiose não constituirá um problema capaz de interessar os sanitários. E' que a população que se espalha pelas proximidades de Una, Piedade, Santo Amaro e São Bernardo é de vida muito sedentária, de hábitos primitivos, não tendo quasi contato com outras regiões, talvez portadora mesmo de premunição (Sargent), razão pela qual a malária passava quasi que desapercebida, mas pronta a adquirir fórmula epidêmica desde que fossem introduzidos na região indivíduos indígenas e sem proteção, ou novas raças de hematozoários veiculados por imigrantes.

Quando a Companhia Light iniciou em 1924 um programa de trabalho para construção de uma usina hidroelétrica na Serra do Cubatão, como encarregados do serviço de profilaxia, fizemos minuciosas pesquisas epidemiológicas culicidianas em toda a região que vai de Mogi das Cruzes até o Alto da Serra, compreendendo os municípios de São Bernardo, Santo Amaro, Mogi das Cruzes e arredores de São Paulo. Encontrámos mosquitos anófeles de hábitos caseiros em toda a região percorrida, porém malária ativa sómente nas cabeceiras dos rios Capivari, Curucutú, Taquacetuba e Bororé. Temendo no entanto uma invasão do planalto, pois não consideravamos essa região isenta de malária, a Companhia se interessou muitíssimo pelo problema, não regateando despesas e prestigiando em toda a linha um plano de defesa previamente delineado por técnicos. Esse plano foi executado

conscienciosamente de modo a evitar a propagação de malária, que seria fatal, segundo opiniões, nos acampamentos de Cubatão, para a parte alta da Serra, onde mais tarde seriam construídos os lagos resultantes de barragem do rio Grande. O que foi o serviço de defesa contra a malária nas obras da Serra está minuciosamente descrito em "Profilaxia da Malária na Serra do Cubatão — 1928 (Abel Vargas)". O serviço de defesa estendia-se também ao acampamento do Alto da Serra, em razão da presença do mosquito suspeito de transmitir malária e da movimentação dos trabalhadores, que teria que se processar. Por essa ocasião, nas proximidades do pequeno hospital da Empresa, no centro do acampamento, em uma casa em que residia o chefe da construção, tivemos oportunidade de verificar dois casos espontâneos de malária terçã benigna, em crianças. Esses casos foram evidentemente autóctones, pois o inquérito epidemiológico demonstrou que essas crianças nunca saíram do acampamento, onde já residiam havia cerca de doze meses. Nunca pudemos encontrar ligações para esses casos, aliás os únicos ocorridos durante os três anos que durou a construção da barragem do rio das Pedras. É verdade que a vigilância era perfeita e as mesmas medidas profiláticas adotadas no acampamento de Cubatão eram seguidas à risca na parte alta da Serra.

Depois de terminados os trabalhos foram demolidas todas as habitações e até hoje, apesar da persistência dos mosquitos transmissores, essa parte do planalto ainda se conserva indenê de malária. Todavia, temos quasi certeza de que si as medidas acauteladoras não fossem tomadas em ocasião oportuna, a malária teria se instalado na região, se estendendo, quem sabe, até São Bernardo.

Quando a Companhia construiu a barragem do divisor das águas (Summit control) onde algumas centenas de operários foram empregados, as mesmas medidas antimaláricas foram executadas; luta antilarvária, tratamento sob isolamento dos casos importados, etc. Na construção dos diques subsidiários, Marcolino, Cubatão de Cima, Passareuva e Córrego Preto, também houve necessidade de se estabelecerem serviços especiais contra a malária, em vista não só da presença de mosquitos transmissores na região, como mesmo do grande movimento de operários, que para construção desses diques, teria de se processar. Essas obras todas executadas já no planalto, que exigiram energicas medidas contra a maleita, já se encontram terminadas, sem que houvesse nenhuma dificuldade, graças aos métodos profiláticos adotados si bem que tivessem de ser afastados numerosos trabalhadores infectados, vindos de outras regiões, em busca de trabalho. Cumpre, no entanto, assinalar que a Companhia Light nunca poupar despesas com os serviços de profilaxia, prestigiando sempre as medidas

aconselhadas no sentido de evitar a disseminação da malária pela região do planalto.

Em 1928, quando começou a construção do ramal Mayrink a Santos, E.F.S., tivemos a oportunidade de chamar a atenção da Companhia Light sobre a possibilidade de serem introduzidos na região vizinha do reservatório do Rio Grande novas raças de hematozoarios, veiculados pelas turmas de trabalhadores vindos da baixada fluminense, de onde, terminados os trabalhos da rodovia Rio-São Paulo, tinham sido transferidos, em grandes levas, para a construção do referido ramal. Esse problema nos preocupava bastante, porque o traçado da estrada de ferro em construção se aproximava bastante das margens do reservatório e mais tarde esse poderia ser incriminado como fator responsável por qualquer surto de malária que houvesse na região. A Diretoria da Estrada de Ferro Sorocabana, numa visão clara e em seu próprio benefício, compreendeu logo que o problema era digno de atenção e que devia prestigiar um serviço de defesa contra a malária, que em bôa hora foi entregue ao Dr. U. Pascale, técnico de valor. No entanto, o Dr. Pascale encontrou sérias dificuldades para estabelecer um serviço uniforme, pois a construção do ramal estava entregue a vários empreiteiros e nem todos pensavam da mesma maneira. Assim sendo foi quasi impossível um critério único no modo de resolver questões que interessavam toda a coletividade, tais como escolha de pessoal, construção de acampamentos mais ou menos de acordo com as regras gerais de profilaxia e notificação compulsória dos casos de malária.

Cumpre ainda dizer que a topografia da região por onde corria o ramal dificultava muitíssimo qualquer sistema de profilaxia que visasse o inseto transmissor, de sorte que somente um serviço de assistência, aliás ótimamente controlado, foi o que pôde ser feito. É digno ainda de ser notado que o Dr. Pascale tinha razões para acreditar que o veiculador da malária na Serra fosse a *Kerthesia Lutz*; portanto não seria possível uma luta eficiente contra esse mosquito. A assistência clínica certo foi valiosíssima, pois não nos consta que a morbilidade da malária trouxessem qualquer dificuldade aos trabalhos de construção. Assim mesmo, foram notificados cerca de 3.000 casos de malária, em 50.000 ou 60.000 operários que passaram pelas obras. Como se vê, não foram poucos os casos observados entre os operários, apesar dos esforços dispendidos e a malária paulatinamente foi acompanhando as turmas, com o progresso dos trabalhos, tendo sido registrados e comprovados casos autóctones, mesmo no planalto. Terminando o grosso dos trabalhos, os operários se espalharam pelas regiões circunvizinhas aos municípios de Sorocaba e São Roque, levando novas e virulentas raças de hematozoarios às populações rurais dos referidos municípios. De fato, em

quasi todo o município e mesmo nos arredores de Sorocaba, de 1930 para cá, ano melhor, ano peior, vem a malária castigando as populações do campo e preocupando as autoridades sanitárias. A parte do altiplano onde está situado o reservatório do rio Sorocaba, da São Paulo Electric, que tinha sido poupadão e que se acreditava livre de malária em razão do clima, altitude e hábitos sedentários da população, foi também contaminada, registrando-se nesses últimos anos violentos surtos, desorganizando o trabalho rural.

Ha anos passados tivemos oportunidade de fazer pesquisas entomológicas em torno da represa de Sorocaba, identificando então numerosos exemplares de anófeles "albitarsis", anófeles "tarsimaculatus", e anófeles intermédio, com hábitos caseiros, de modo que não foi nenhuma surpresa para nós a notícia de casos de malária, nos arredores da cidade de Una, a quasi 900 metros de altitude, uma vez sabermos também que estava sendo construída uma rodovia atravessando todo o município, para atingir o Estado do Paraná, e ainda várias outras estradas subsidiárias em torno do reservatório.

Os empreiteiros das rodovias têm o seu pessoal especializado e em organização, de sorte que se deslocam sempre em turmas de um ponto para outro, com muita facilidade. Os empreiteiros e as turmas respetivas, que construiram as estradas de rodagem São Paulo-Rio, São Paulo-Petropolis, vieram depois para o ramal Mayrink-Santos, e ultimamente podiam ser encontrados na construção da estrada São Paulo-Paraná, numerosas dessas turmas que já se haviam infectado na Serra do Mar e na baixada fluminense. O que sórba nessas organizações em técnica de construções, falta absolutamente em assistência médica e profilaxia, o que contribue sem dúvida para a disseminação da malária pelo planalto de São Paulo. A explicação que encontramos para a recrudescencia da malária, nos municípios de Piedade, Una, São Roque, Sorocaba, São Bernardo e Sto. Amaro é a introdução de novas raças de hematozoarios, quebrando a imunidade da população.

O planalto paulista não é, continuamos a acreditar, uma região que se enquadre naquelas de "anofelismo sem malária". Os anófeles do planalto têm os mesmíssimos hábitos daqueles que ocorrem em regiões onde a malária é endêmica, é fato de observação; portanto, qualquer aumento na imigração de gametóforos redundaria certamente em epidemia de malária. A represa Guarapiranga já está construída ha cerca de 30 anos e nunca se ouviu falar em malária em suas margens, si bem que a fauna culicidiana seja a mesma em qualidade e abundância, que a observada nos reservatórios de Sorocaba e Rio Grande. Será no entanto completamente indêne de malária? Certo não é, porém a sua população é de vida muito sedentária e a imigração para

essas paragens é quasi nula, de sorte que a malária não faz barulho e não desperta grande atenção, mas fatalmente tomará aspéto epidêmico si para ali forem transportadas novas raças de hematozoarios, veiculados por trabalhadores.

Os arredores da propria Capital, onde as anofelinas são facilmente encontradas, não estão absolutamente livres de malária; será suficiente uma aglomeração de bons gametóforos, coincidindo com uma época de temperatura favorável, para que o exógeno do parasito se estabeleça e por consequência a doença se evidencie. Para o imigrante infectado, portanto, é que deve ser voltada a atenção daqueles que se interessam pelo problema; si um número limitado de indivíduos certo não causa apreensões, o mesmo não sucede si houver a movimentação de uma grande massa de trabalhadores, como geralmente acontece, para construção de rodovias. Essa movimentação é que deve ser seguida, com cuidado, sobretudo si fôr em direção de São Bernardo ou arredores de São Paulo.

Endereço: Rua Loureiro da Cruz, 60.



CATGUT CROMADO CINCO-O



CATGUT CROMADO - O

*Corte histológico mostrando retenção nos tecidos em idênticos períodos de tempo*

**CATGUT CINCO-O (00000)**

CATGUT CINCO-O ; com agulha reta e semicurva atraumática. Catgut, crina e seda para cirurgia em geral montados em agulhas atraumáticas, reta, semicurva e curva 3/8 de circunferência. Catgut e seda montadas em agulhas atraumáticas 3/8 para cirurgia ocular, fios montados com uma ou duas agulhas, uma em cada extremidade. Catgut e seda com agulhas atraumáticas 3/8 para cirurgia bucal.

Amostras à disposição dos Srs. Cirurgiões

LABORATORIO TÉCNICO PARA AFIAÇÃO DE BISTURI'S E INSTRUMENTOS CIRURGICOS

DAVIS & GECK — BROOKLYN — New York

Agente: AFRO CHIORBOLI — Rua Libero Badaró, 492 — Fone 2-4410 — São Paulo



Hormônio testicular  
sintético  
quimicamente puro

#### INDICAÇÕES:

##### **Andrologia**

Insuficiência testicular  
Hipertrofia da próstata  
Impotência, etc.

##### **Ginecologia**

Mastites premenstruais  
Mastopatias funcionais  
Metrorragias

##### **Neurologia e Psiquiatria**

Psicoses depressivas  
Vasoneuroses  
Insonia

Ampolas de 5 mg.  
Ampolas de 10 mg.  
Ampolas de 25 mg.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.  
RIO DE JANEIRO - Caixa Postal, 3437 — SÃO PAULO - Caixa Postal, 3678

## Sobre um serviço de anesthesia

**Dr. Enos C. F. Mondadori**

Anesthesista do Sanatorio Esperança. Da 4.a C. H. da Santa Casa de Misericordia de S. Paulo. (Serviço do prof. B. Montenegro)

Apresentando as primeiras anesthesiais por nós praticadas no Sanatório Esperança, queremos dar uma idéa geral ao que respeita à indicação e como é feito esse serviço no Sanatório. Não é um exame minucioso dos varios tipos de anesthesia que pretendemos fazer, nem das indicações, technicas e vantagens de cada um delles. As preferencias para este ou aquelle genero de anesthesia ainda não podem ser postas em evidencia, dado o exiguo tempo de existencia do Serviço que ainda não completou um anno de funcionamento. A pequena estatistica que vem adiante é pessoal, referente quasi todas ás anesthesiais por nós executadas em clientes dos professores Bernardes de Oliveira e Martins Costa.

O bloco cirurgico do Sanatório Esperança, localizado no quinto andar do edificio, além de uma sala de anesthesia e duas outras de espera ou repouso, dispõe de mais sete salas, sendo tres destinadas á cirurgia geral aseptica, uma á cirurgia septica e pequenas intervenções e as restantes para cirurgia especializada: endoscopia urológica, obstetricia e orthopedia. Alguns consultórios especializados, sitos no pavimento terreo, dispoem de salas próprias para a anesthesia e cirurgia da especialidade.

Na maioria dos casos a anesthesia é realizada na própria sala da operações. A sala de anesthesia é utilizada nos casos em que ha certa premencia de tempo ou quando, o paciente não sendo calmo, se lhe quer evitar a impressão, desagradável para elle, do ambiente da sala de operações.

O exame clinico do paciente, naturalmente quasi sempre fóra da orbita de atribuições do anesthesista, é feito pelo chefe do serviço e é este quem requer os exames complementares de laboratório, raios X, metabolismo basal, etc., julgados necessários. Por elle é enviada uma ficha do caso ao assistente destacado, que completa a observação e verifica os tempos preliminares: taxa de hemoglobina, tempo de sangramento, tempo de coagulação, capacidade vital, apnéa voluntária, reflexo óculo-cardíaco,

pulso e pressão arteriaes. E' o assistente ainda quem, com o fim de evitar inuteis incommodos ao doente, transmite ao anesthesista os dados que lhe são solicitados relativos aos estados hepatico, renal, nervoso e dos apparelos respiratório e circulatório. Só excepcionalmente e quando julga necessário, o anesthesista realiza pessoalmente o exame completo do doente; elle goza de liberdade de acção no que diz respeito á therapeutica relativa á anesthesia.

A indicação anesthesica, encarando o estado geral do paciente, seu estado psychico, sua edade, a natureza e séde da affecção cirurgica, o provavel tempo de duração do acto operatório, suas condições materiaes, etc., é feita, sempre que possível, de accordo com o cirurgião.

O preço pré-anesthésico é quasi sempre o mesmo para todos os typos de anesthesia, variando somente num ou outro caso especial. Quando pela pesquisa do reflexo óculo-cardíaco é observada uma diminuição grande na frequencia do pulso, maior de menos doze (-12) até menos vinte (-20) por minuto, é feita uma injecção de  $\frac{1}{4}$  de milligrammo de sulphato de atropina. Essa injecção de atropina é feita tambem systematicamente em todos aquelles que vão ser submettidos á ether-narcose, qual quer que seja o resultado da verificação do reflexo óculo-cardíaco, com o fim de reduzir as secreções glandulares de modo a evitar os perigos e incommodos da abundante secreção salivar e dos bronchios durante a etherização e de suspender a secreção de suor, reduzindo assim os inconvenientes do resfriamento e da deshydratação do organismo. Por serem os individuos com reflexo óculo-cardíaco nullo ou invertido particularmente sensíveis á acção da adrenalina, nos casos em que elle assim se apresenta e quando deseja-se uma anesthesia parcial, que sempre é feita com uma anesthésico associado á adrenalina, é praticada uma injecção prévia de cafeina.

Sobre o preço clínico já nos referimos atrás.

O preço psychico é sempre cuidado e é variavel com a edade e grao de cultura e educação do individuo.

Meia hora antes do paciente ser transportado para a sala de operações, recebe uma injecção de morphina ou morphina e escopolamina (Sedol) ou morphina, escopolamina e sulphato de magnésio. Os resultados clínicos com o emprego prévio de barbitúricos nas anesthesias espinhaes não foram satisfatórios.

\* \* \*

A narcose por inhalação com o ether e balsoforme é feita com o conhecido apparelho de OMBRÉDANNE (Collin). Por vezes, durante a anesthesia e sempre após esta, é usado o gaz carbonico, que é associado em certas occasões ao oxygenio.

Para a administração da anesthesia geral por insuflação fizemos uso de um apparelho commun de thermocautério ao qual adaptamos, ao tubo metallico em ligação com a lamina que é supprimida, uma sonda Nélaton de pequeno calibre. Assim conseguimos um apparelho semelhante ao de JUNKER, com a unica diferença que o reservatório de anestésico não é graduado.

O kélène (chloreto de ethyla) é administrado pelo método aberto, em mascara simples.

A narcose gazosa é realizada por intermédio de um moderno apparelho HEIDBRINK, da "The Heidbrink Company, Minneapolis, Minnesota, U. S. A.". É um apparelho typo hospitalar, grande, de facil transporte, dosimétrico, que permite narcose com diferentes gases: protóxydo de azoto, ethyleno, cyclopropano. É dotado ainda de oxygenio, gaz carbonico e um reservatório de ether para administração complementar desse anestésico.

A respiração pode ser feita á vontade, em circuito aberto ou fechado. A respiração em circuito fechado ("rebreathing") nesse apparelho, além de representar uma medida de economia de anestésico, possue um dispositivo contendo cal sodada ("soda lime") que fixa o excesso de gaz carbonico e de vapor de agua.

Os gазes usados são provenientes da "The Ohio Chemical, M. F. G. Co., Cleveland, Ohio".

A narcose de base pela avertina é feita com solução a 2,5 % na dose de 0,06 a 0,08 grs. por kilo de peso corpóreo, sob a forma de clister rectal. Usamos a avertina liquida em agua distillada (1cc. de avertina liquida = 1 gr. de avertina sólida). A solução é recentemente preparada e só é empregada após ser cuidadosamente submettida á prova de pureza com o vermelho congo a 1 por mil. O pre�aro intestinal é feito de véspera. O clister é feito por intermédio de uma sonda Nélaton e seringa, no quarto do operando, vinte minutos antes do inicio da intervenção.

Para a anesthesia peridural é usada a Scurocaine a 2 % que é o chlorhydrato de paramino-benzoyl-diethylaminoethanol (novacaína, procaina, ethocaina, sincaina, etc.), em solução já prompta ou preparada no momento. A Scurocaine, solução B a 2 %, tem por formula:

Scurocaine . . . . .	0,50
Renaleptine . . . . .	0,0004
Sôro physiológico . . . . .	25cc.

Para o pre�aro da solução na hora, empregamos a Scurocaine S, da qual cada ampôla contem 0 gr., 50 de sal crystallisado. Accrescentamos, a 50cc. de sôro physiológico esteril, 1 gr. (2 ampolas) de crystaes de Scurocaine mais XV gottas de adrenalina a 1 por mil.

As anestesias rachidianas são realizadas com a Scurocaine a 5 % ou 8 %; esta ultima empregada só para os casos em que desejamos uma insensibilização prolongada.

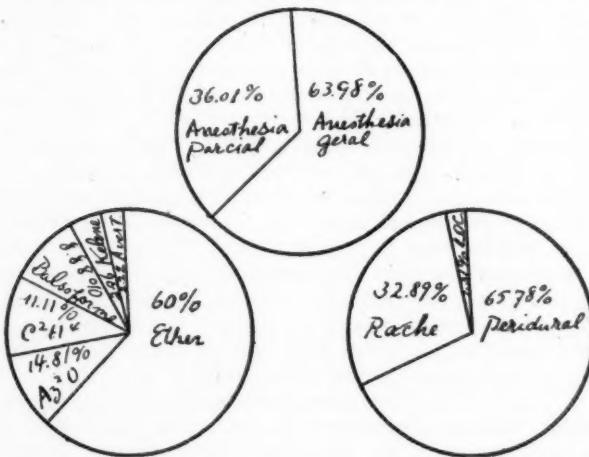
A solução C a 5 % tem por formula:

Scurocaine . . . . .	0,15
Renaleptine . . . . .	0,00012
Sôro physiológico . . . . .	3cc.

A da solução H a 8 % é a seguinte:

Scurocaine . . . . .	0,24
Sôro physiológico . . . . .	3cc.

Os anestésicos preferidos para a anesthesia loco-regional foram a solução de neotutocaina a 1 por 750 em agua physiologica, ampôlas de 50 e 100cc. e a solução AB a 1 % de Scurocaine; esta já contem em sua formula Renaleptine e aquella acrescentamos a adrenalina no momento de seu emprego.



A estatística que vem em seguida mostra o uso das várias formas de anesthesia feitas no Serviço até o presente.

Anesthesia geral por inalação — . . . . .	127
Ether. . . . .	81
Balsoforme . . . . .	7
Protóxydo de azoto. . . . .	20
Ethylene. . . . .	15
Kélène . . . . .	4
Anesthesia geral por insuflação — . . . . .	5
Balsoforme . . . . .	5

<i>Anesthesia geral por via rectal</i>	— . . . . .	3
Avertina	— . . . . .	3
<i>Anesthesia espinhal</i>	— . . . . .	75
Anesthesia peridural	— . . . . .	50
Rachianesthesia sub-arachnoidea	— . . . . .	25
<i>Anesthesia loco-regional</i>	— . . . . .	1

A distribuição quanto á qualidade das intervenções praticadas foi a que segue.

#### *Appendice*

Ether	— . . . . .	23
Protóxydo de azoto	— . . . . .	2
Ethyleno.	— . . . . .	4
Avertina	— . . . . .	2
Peridural.	— . . . . .	1

#### *Hernias*

Ether	— . . . . .	10
Ethyleno.	— . . . . .	3
Peridural	— . . . . .	3
Rachi	— . . . . .	5

#### *Esophago abdominal. Estomago e duodeno.*

Ether	— . . . . .	1
Ethyleno.	— . . . . .	1
Peridural	— . . . . .	10
Rachi	— . . . . .	2

#### *Vias biliares*

Ether	— . . . . .	1
Ethyleno.	— . . . . .	1
Peridural	— . . . . .	10
Rachi	— . . . . .	2

#### *Intestinos*

Ether	— . . . . .	3
Protóxydo de azoto	— . . . . .	2
Ethyleno	— . . . . .	1
Peridural	— . . . . .	1
Rachi	— . . . . .	2

#### *Anus e recto*

Ether	— . . . . .	1
Avertina	— . . . . .	1
Peridural	— . . . . .	1
Rachi	— . . . . .	2

#### *Rins*

Ether	— . . . . .	8
Balsoforme	— . . . . .	1
Protóxydo de azoto	— . . . . .	1
Ethyleno	— . . . . .	2
Peridural	— . . . . .	13

#### *Conductos excretores do rim*

Peridural	— . . . . .	2
-----------	-------------	---

*Bexiga*

Ether . . . . .	1
Protóxydo de azoto . . . . .	2
Ethylene . . . . .	1
Peridural . . . . .	6
Loco-regional . . . . .	1

*Genitaes masculinos*

Ether . . . . .	5
Balsoforme . . . . .	1
Protóxydo de azoto . . . . .	1
Peridural . . . . .	6
Rachi . . . . .	2

*Genitaes femininos*

Ether . . . . .	16
Protóxydo de azoto . . . . .	4
Peridural . . . . .	3
Rachi . . . . .	8

*Thorax*

Peridural. . . . .	1
--------------------	---

*Seio*

Protóxydo de azoto. . . . .	1
-----------------------------	---

*Cabeça e pescoço*

Ether . . . . .	2
Balsoforme . . . . .	9
Kélène. . . . .	1

*Vasos e membros*

Ether . . . . .	2
Ethylene . . . . .	1
Peridural. . . . .	1
Rachi. . . . .	2

*Gangliectomia lombar*

Rachi. . . . .	2
----------------	---

*Intervenções orthopédicas. Pequena cirurgia.*

Ether . . . . .	7
Balsoforme . . . . .	1
Protóxydo de azoto . . . . .	7
Kélène . . . . .	3

\* \* \*

Preferimos a narcose etherea pela sua segurança, larga maneabilidade e pequeno custo. A administração concomitante de gaz carbonico facilita a obtenção de um sono mais rapido e, imediatamente após a narcose, as inhalações de CO<sub>2</sub>, sempre usadas, aumentando bastante a ventilação pulmonar, favorecem a rapida eliminação do ether e o despertar, diminuindo muito os vomitos post-anestésicos. Não observamos, com a técnica empregada, nenhuma complicação pulmonar atribuível ao nesthésico.

O balsoforme, que encerra em sua formula o chloroformio e o chloreto de ethyla, provadamente perigosos em virtude do risco que offerecem da syncope cardiaca inicial e especialmente o chloroformio que é hoje unanimemente condemnado como bastante damnosso ao organismo, foi empregado com a maior parcimonia. Foi principalmente usado nas intervenções sobre as vias aereas superiores, face, e cavidade buccal, nas quaes a narcose por inhalação praticada com mascara, constitue incommodo sério para o anesthesista e notadamente para o operador. Em parte, as anesthesias por via rectal e venosa vieram resolver esse problema, porém, somos ainda com frequencia obrigados a recorrer, em determinadas circumstancias, ao methodo de anesthesia geral por insuflação naso-pharyngeana, que afasta a accão perturbadora da mascara e realiza uma narcose continua e á distancia. Usamos sempre o balsoforme porquanto, como o anesthésico, nesse genero de narcose, é em grande parte expirado, é desaconselhavel o uso do ether, porque seus vapores concentrados determinam uma irritação intensa da mucosa naso-pharyngea.

A anesthesia de introduçao, entretanto, para a passagem e fixação da sonda naso-pharyngea, é realizada pelo ether; só depois do paciente dormir é que passamos á insuflação com o balsoforme pelo apparelho acima descrito.

O chloreto de ethyla só foi utilizado para anesthesias de breve duração, especialmente para intervenções de pequena cirurgia.

O protóxydo de azoto e o ethyleno foram os gases anesthéticos por nós usados. Essas narcoses gazosas exigem uma estreita vigilancia e grande e constante attenção do anesthesista. O protóxydo de azoto de mistura com o oxygenio na proporção de 10%, 15%, 20% deste para 90%, 85%, 80% daquelle, segundo o caso, foi administrado, sempre com muita cautela, para as intervenções as mais diversas, mas preferentemente para aquellas de pequena cirurgia e de curta duração, nas quais a abolição da excitabilidade reflexa não era absolutamente indispensavel. Para os casos de narcose longa e de relaxamento muscular necessário, a elle sempre foi juntado o ether como anesthésico supplementar. Excepcionalmente, devido ás muito precárias condições apresentadas pelo doente, foi o protóxydo de azoto puro, em concentração de 80%, administrado para a realização de duas resecções intestinais trabalhosas. O ethyleno, em sua concentração habitualmente indicada (80% de ethyleno mais 20% de oxygenio), foi empregado ora puro ora concomitantemente com o ether. A juncção de ether foi feita sempre que foi requerido um bom relaxamento muscular.

O ethyleno apresenta as vantagens, assim como o protóxydo de azoto, de uma grande rapidez de absorpção e de eliminação,

traduzidas pelo estabelecimento precoce do sono e quasi immedio despertar, como tambem da minima acção prejudicial em relação aos diferentes orgãos e respectivas funcções.

A narcose rectal pela avertina, somente usada por nós como anestesia de base, foi sempre completada pela inhalação de ether, que em parte corrige a acção hipotensiva da avertina e melhora a respiração e circulação. O ether, administrado pelo apparelho de OMBRÉDANNE por causa do "rebreathing" e da utilização por parte do doente do gaz carbonico que estimula os centros respiratórios, foi dado em doses bastante reduzidas como anestésico complementar.

A narcose avertinica em nossos casos foi praticada em individuos pusillamines, com o fim de prevenir a ansiedade pré-operatória e eliminar o choque psychico.

A anesthesia peridural occupou, depois da narcose etherea, o segundo lugar em nossa pratica. Foi empregada para quasi todos os generos de intervenções, predominantemente para a cirurgia urológica, gastro-duodenal e das vias biliares. Embora com bastante precaução foi usada com sucesso, uma vez, para a realização de uma thoracoplastia. Tambem para a execução de uma prostatectomia em um individuo com a edade de 94 annos, foi muito bem tolerada. Na cirurgia gastrica, quando a técnica, laboriosa, exige a pratica de tracções visceraes, a peridural é associada, agora pelo próprio cirurgião, a infiltração dos mesos, de técnica facil e sem perigo, com uma dose pequena de anestésico, 10 a 15cc. de uma solução de neotutocaina a 1 por 750.

O nível de puncção variou; o limite superior attingido nesses casos foi o espaço situado entre a 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> vertebrae dorsaes e, em baixo, o 4.<sup>o</sup> espaço lombar.

Sempre foi usado o methodo directo. Achamos o methodo indirecto desaconselhavel, pois, é anti-physiologico e perigoso, por quanto, alem de produzir, pela perfuração da dura-madre, uma lesão desnecessária nesta, apresenta a possibilidade de, em determinados casos e circumstancias, pela injecção de certa quantidade de liquido anestésico no espaço peridural, tornar a pressão deste maior que a existente no espaço intra-dural, com consequente passagem de anestésico através o orificio deixado pela agulha na dura-madre. Quando esta foi perfurada accidentalmente, o processo foi abandonado ou, excepcionalmente, empregado com redobradas cautelas, attenta vigilancia, em injecção fraccionada e bastante lenta. Em resumo, a técnica por nós usada foi a seguinte: individuo em posição sentada, com reflexão da columna para a frente e mento contra o esterno; asepsia da pelle; puncção mediana do espaço inter-vertebral visado; após a introdução da agulha, quando ella torna-se fixa, é retirado seu mandril e cheia a sua luz com agua destillada, de maneira que uma gotta desta

faça saliencia para o exterior; proseguimento lento da introdução da agulha até a gotta ser aspirada; verificação das provas da aspiração, pressão e do signal da dôr á agua distillada; introdução de anesthésico, fraccionada ou de uma só vez; durante a injecção anesthésica é realizada uma aspiração com a seringa após a introdução de cada 3 a 4cc., até o final desta; injecção sempre lenta e suave; a posição a ser dada ao doente imediatamente após a retirada da agulha é variavel com o sitio da intervenção; inicio da operação 15-30 minutos mais tarde.

Os resultados foram nitidamente mais seguros quando foram utilizadas soluções preparadas no momento do emprego. A quantidade de anesthésico usada (Scurocaine a 2%) variou de 35cc. a 40cc., para as intervenções infra-umbelicas e de curta duração, até 45cc. a 55cc., para as operações maiores.

O emprego da rachianesthesia foi relativamente limitado. A técnica usada para as intervenções sobre o andar superior do abdomen e de duração maior que cincuenta minutos foi a seguinte: puncção lombar em posição sentada; gottejamento de 2 a 3cc. approximadamente de liquor; introdução do liquido anesthésico, solução de Scurocaine a 8% (Ogr., 24), bastante lenta e com barbotage; immediatamente após, Trendelenburg de 5° a 7°. Contrariamente aos nossos habitos, fizemos uso da barbotage. Os resultados foram bons mas os casos observados ainda muito poucos, havendo necessidade de um maior numero delles para a elaboração de um julgamento sobre essa manobra. Quando o limite superior da zona de anesthesia não necessitava ultrapassar o nível do umbigo, a rachi era realizada pelo procedimento corrente, com solução de Scurocaine a 5% (0,12 a 0,15 grs.).

A anesthesia local, sob a qual foram realizadas todas as thyreoidectomias, parte das gastrectomias e algumas intervenções de menor monta, foi praticada quasi sempre pelo próprio cirurgião; esse o motivo por que ella figura em ultimo lugar em nossa estatística.

Sempre que houve insuficiente insensibilização ou falha de um destes processos de anesthesia parcial, foi a elle associado outro ou então a narcose pelo ether ou protóxydo de azoto.

Graças á Providencia não tivemos nenhum accidente a lamentar com qualquer uma das anesthesias feitas no Sanatório Esperança.

Endereço: Rua dos Ingleses, 258.

Senotiol - calcio colloidal injectavel

# INSTITUTO BIOS

M. VIANNA & CIA. LTDA.

RUA DR. OCTAVIO CARNEIRO, 130 - NITEROI

*Um producto que vem impressionando a classe medica pelos seus effeitos maravilhosos:*

## HEMO-HORMON

(HORMONIO HEMATOGENICO)

6 AMP. DE 5 c.c.

*Alem de substituir as transfusões de sangue nos seus effeitos, tem a vantagem do preco e manipulação facil.*

*Indicado em todos os typos de anemias e como estimulante das defesas naturaes do organismo.*

**A' VENDA EM TODAS AS DROGARIAS**

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO  
**D. CIRILLO**

RUA QUIRINO DE ANDRADE, 211

TELEPHONE. 2-1400

CAIXA POSTAL, 3249

S. PAULO

*Lembramos aos exmos. snrs. Medicos  
a vantagem do*

## BILIDRENO

Dois typos      COMPRIMIDO  
                    GRANULADO

EFFEITO SURPREHENDENTE NAS MOLESTIAS DO  
FIGADO

SUA FORMULA E' UMA GARANTIA  
BOLDINA — MAGNESIO — PEPTONA

PRODUCTO DO LAB. DR. LUIZ PEREIRA BARRETO

Rua Rosa e Silva, 211 — S. PAULO

REPRESENTANTE NO RIO DE JANEIRO - B. MATTOS & CIA. - R. S. JOSÉ, 66

## Sobre os granulocitos do sangue da cobaia

**Prof. Jayme R. Pereira**

Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Os doutores José Figueiredo e João Andréa, colaboradores que foram da tese com que o sr. Edgard Pires da Veiga concorreu á catedra de Farmacologia, na Faculdade de Medicina da Baía, acharam por bem rebater um topico da critica que fiz a este trabalho, na parte referente á existencia de neutrofilos no sangue da cobaia.

Vejamos em resumo, o ponto em discussão.

Na tese aludida, á pag. 38, o sr. Pires da Veiga inicia um capitulo com o seguinte titulo: "Curvas leucocitárias". Nesta mesma pagina o A. publica um quadro no qual entre outras formas leucocitárias encontradas no sangue da cobaia, se lê: "Neutrofilos 33%".

Extranhei o fato, dizendo que no sangue da cobaia não existem neutrofilos, mas "anfófilos" descritos pela primeira vez por Ehrlich ha varios anos. "Anfófilos ou pseudo-eosinófilos e não neutrofilos". E disse, então, que qualquer estudante do 2.<sup>o</sup> ano da Faculdade de Medicina de São Paulo sabe que não existem neutrofilos na cobaia.

Esta minha declaração não provocou nenhuma reação por parte do A. da tese nem de seu "principal colaborador", mas dos doutores Figueiredo e Andréa que vieram a público tentando demonstrar o contrario do que eu afirmara.

Para quem não está ao par do problema em apreço, as tiradas desses dois colegas podem causar sensação, tal o numero de citações e um palavrório quasi sem fim. Não posso perder tempo em analisar tudo que foi dito nos artigos referidos. Vejamos, contudo o que mais interessa.

Por que disse eu que os segundanistas de São Paulo não incorreriam no erro apontado? Porque é assunto tratado nos manuais diariamente compulsados pelos estudantes de histologia. E' cousa passada em julgado. Não ha mais dúvida, pelo menos

para todos os que adotaram a classificação de Ehrlich, classificação que está de pé e é aceita pelas maiores autoridades no assunto. Não tenho culpa que os senhores Pires da Veiga, Leoncio Pinto, José Figueiredo e João Andréa desconheçam o fato. Aliás, não é esse o único fato que esses senhores desconhecem em matéria de histologia... Vamos às provas.

*Rieux: Précis d'Histologie et de Cytologie, 1911, pag. 145.*

Depois de estudar os granulocitos de acordo com a classificação de Ehrlich, isto é, neutrofilos, eosinofilos e basofilos, separa os polinucleares de granulações anfófilas ou *beta* de Ehrlich, dizendo: "Dissemos que estes leucocitos existiam no sangue do coelho e da cobaia. Fizemos seu estudo aqui, por causa do importante papel desempenhado pelo coelho e pela cobaia em hematologia experimental e sobretudo por causa das estreitas relações que as granulações *beta* desses leucocitos apresentam com os leucocitos que teremos de descrever no homem".

Rieux, portanto, reconhece que os anfófilos do coelho e da cobaia ocupam um lugar especial. O livro de Rieux é a bíblia hematológica dos franceses e é ou deveria ser conhecido dos senhores Figueiredo e Andréa.

*Levi: Trattato di Istologia, 1935, 2.ª Ed., pag. 865.*

Falando dos granulocitos da cobaia diz textualmente: "esses não são neutrofilos". O livro de Levi é a bíblia histológica dos italianos. É ou deveria ser conhecido dos senhores Figueiredo e Andréa.

*Ferrata: Le Emopatie — 1933, 2.ª ed., pag. 73.*

Falando dos granulocitos da cobaia e do coelho diz textualmente: "Que não existem leucocitos com granulações precisamente neutrofilas, mas anfófilas (granulações *beta* de Ehrlich)". O livro de Ferrata é dos mais compulsados nos laboratórios e cursos de histologia sendo esse autor uma das maiores autoridades em matéria de hematologia. É ou deveria ser conhecido dos senhores Figueiredo e Andréa.

*Jolly: Traité technique d'Hématologie, 1923, vol. I, pag. 225.*

Diz textualmente: "a eosina não cora jamais as granulações dos polinucleares do homem" e, mais abaixo: "Na cobaia, os polinucleares contêm, como no coelho, granulações cuja afinidade pela eosina é assaz energica". Diz ainda que para tais polinucleares na cobaia, se dá o nome de anfófilos.

Quem não conhece este livro de Jolly, dos mais encontradiços nos laboratórios de histologia?

*Maximow & Bloom: Textbook of Histology, 1938, 3.ª ed. pag. 43.* Depois de descreverem os neutrofilos no homem, dizem textualmente: "na cobaia e no coelho os granulos são coraveis seja com corantes ácidos ou básicos, apesar de mostrarem uma

predileção pelos corantes acidos ou básicos e, portanto, são chamados pseudo-eosinófilos".

Maximow e Bloom foram os fundadores da escola americana de hematologia. São considerados como os mais elevados expoentes da hematologia nos Estados Unidos da América. Seu livro é ou deveria ser conhecido dos senhores Figueiredo e Andréa.

Pensa: *Trattato di Istologia Generale*, 1939, 2.<sup>a</sup> ed. pag. 603. Depois de descrever os leucócitos anfófilos, dizendo que estes se encontram no coelho e na cobaia, diz textualmente: "Os leucócitos cujas granulações, como no coelho, têm afinidade pela eosina, mas cuja forma e cujas dimensões são iguais a aquelas de granulações neutrofilas, são chamados *pseudo-eosinófilos*".

Pensa, forma com Levi, a dupla de maior prestígio entre os histologistas italianos vivos. Desafio a quem me afirmar o contrário. Seu livro, portanto, é ou deveria ser conhecido dos senhores Figueiredo e Andréa.

Bunting: escreveu para o tratado de Hal Downey: "*Handbook of Hematology*", vol. I, pag. 167, um artigo sobre "Os leucócitos neutrofilos polinucleares" no qual diz textualmente: "Os leucócitos especiais ou heterofilos, dos animais comumente usados em pesquisas experimentais, assemelham-se muito em tamanho e em morfologia aos neutrofilos do homem, mas as ligeiras variações no núcleo e no tamanho e na coloração dos granulos específicos fazem deles células distintas". Depois de descrever os leucócitos neutrofilos do cão, do coelho, do rato, etc., diz o seguinte sobre os leucócitos da cobaia: "Na cobaia o núcleo do leucocito especial tende a ser muito mais segmentado do que o da célula humana normal, mostrando frequentemente 6 ou 7 segmentos arredondados unidos por pontes muito estreitas. Os granulos são finos, um pouco maiores que no leucocito humano, bem espalhados no protoplasma e corados brilhantemente pela eosina do corante de Wright. Granulos brilhantes basicamente corados podem ser vistos entre eles". Essa dupla coloração é que levou os autores a denominarem tais leucócitos, na cobaia, de anfófilos.

C. Levaditi: *Le leucocyte et ses granulations*, Paris, 1902, pag. 34. Diz textualmente: "A análise corante de Ehrlich permite assim distinguir três sortes de granulações leucocitárias:

- 1) Granulações oxifilas ou eosinófilas.
- 2) Granulações basofílicas ou granulações de Mastzellen.
- 3) Granulações neutrofilas.
- 4) Uma quarta categoria de formações granulares que existe mais especialmente no coelho e na cobaia, foi descrita por Ehrlich sob o nome de granulações pseudo-eosinófilas ou anfófilas".

Creio, que ninguem desconhece Levaditi, muito menos os senhores Figueiredo e Andréa.

A. Pappenheim, um dos fundadores da escola alemã de hematologia: *Traité du sang* de Gilbert et Weinberg, Paris, 1913, 1.<sup>o</sup> vol., pag. 261. Falando dos leucocitos polinucleares granulares, diz textualmente: "No coelho e na cobaia, elas "as granulações" são volumosas e anfofilas (granulação beta)". "No homem, no macaco, no cão, no gato, no rato, no camundongo e no Petromyzon, elas são neutrofilas".

O Tratado do Sangue, de Gilbert e Weinberg é dos livros mais corriqueiros nos laboratorios de histologia.

\* \* \*

Aqui estão alguns autores considerados classicos e cuja palavra não pode ser refutada. Não me satisfiz, entretanto, com isso. Para convencer os senhores Figueiredo e Andréa, julguei necessário ainda mais e assim dirigi a varios especialistas uma carta solicitando sua opinião sobre si existem ou não leucocitos neutrofilos no sangue da cobaia. Não publico as cartas recebidas, por extenso, para não alongar este artigo. Vamos ver as conclusões, apenas. Ficam as cartas á disposição dos interessados.

*Prof. W. Büngeler:* Depois de apresentar varios argumentos diz textualmente: "Resumindo respondo-lhe eu a sua pergunta do seguinte modo: Não existem leucocitos neutrofilos semelhantes aos do homem na cobaia".

O Prof. Büngeler, um ilustre nome da hematologia alemã, é catedratico de Anatomia Patologica na Universidade de Dantzig e atualmente rege a mesma catedra na Escola Paulista de Medicina.

*Prof. Samuel B. Pessoa:* Diz textualmente: "A cobaia não apresenta no sangue granulocitos "neutrofilos" porém tais globulos são representados, neste animal, pelos granulocitos pseudo-eosinofilos. Os pseudo-eosinofilos da cobaia parecem desempenhar neste animal funções biológicas identicas aos dos granulocitos neutrofilos dos demais mamíferos. Pelo fato de desempenharem funções identicas não significa que sejam morfológicamente iguais; por meio de técnicas especiais de coloração os neutrofilos se diferenciam, quanto ás granulações, dos pseudo-eosinofilos. Aliás em uma monografia sobre a "Eosinofilia sanguinea" escrita por mim em colaboração com J. A. Meira, e publicada em volume no ano de 1935 escrevemos a pag. 127: "O coelho e a cobaia além do mais, nos pareceram ser animais inadequados ao estudo da eosinofilia, mormente quando se trata de estudar as celulas de exudatos, aquelas atraídas para dentro

dos tubos com substancias leucocitaxicas, porque é muito dificil diferenciar nestes casos os eosinofilos dos pseudo-eosinofilos muito abundantes nestes animais".

*Prof. A. Donati:* Diz textualmente: "No sangue da cobaia não existem granulocitos "neutrofilos" mas granulocitos "anfofilos" além dos eosinofilos e basofilos".

O Prof. Donati regeu durante alguns anos a catedra de Patologia Geral na Faculdade de Medicina de São Paulo e é atualmente Diretor do Laboratorio de Patologia Clinica do Hospital Humberto Primo, em São Paulo.

*Prof. E. Marcus:* Depois de algumas considerações, diz textualmente: "Daí, podemos, creio, deduzir que os granulocitos ocorrentes na cobaia não são neutrofilos".

O Prof. Marcus é catedratico de Zoologia na Faculdade de Filosofia, Ciencias e Letras da Universidade de São Paulo.

*Prof. André Dreyfus:* Depois de varias considerações, diz textualmente: "Em conclusão, leucocitos neutrofilos, *sensu strictu*, não existem na cobaia, embora os leucocitos anfofilos de tal animal sejam equivalentes aos neutrofilos do homem".

O Prof. A. Dreyfus é catedratico de Biologia Geral na Faculdade de Filosofia, Ciencias e Letras da Universidade de São Paulo. Não ha no Brasil quem não o conheça e reconheça sua autoridade na materia.

*Dr. José Oria:* Depois de algumas considerações, diz textualmente: "Si por acaso na literatura se encontra, por vezes noticia de neutrofilos na cobaia, no logar destes supracitados pseudo-eosinofilos, isso seria devido ao fato de se querer erroneamente estereotipar de modo uniforme elementos celulares que em todas as especies de mamiferos gozam de propriedades biologicas comuns, mas que nos Cavideos e no coelho são portadores de finas granulações com afinidade para as cores acidas, enquanto nos demais o são para com as substancias corantes neutras".

O Dr. J. Oria é livre docente de Histologia e Embriologia na Faculdade de Medicina de São Paulo. Muito conhecido como estudioso de Hematologia.

*Dr. Eduardo Etzel:* Diz textualmente: "De posse de sua carta de 10 do corrente, indagando se "Existem granulocitos "neutrofilos" no sangue da cobaia", devo responder que não, o que passo a fundamentar: Realisei um estudo dos elementos do sangue circulante dos cavideos silvestres; minhas observações dizem respeito a especies da mesma familia de comum Cavia cobaia e uma delas bem proxima como a Cavia aperea.

Nos cavideos silvestres em geral, especialmente na cavia aparea, posso afirmar que não existe granulocito igual ao do

homem "mas um granulocito semelhante ao descrito por Ehrlich na cobaia e no coelho com o nome de anfófilo". Estes granulocitos foram chamados por nós de pseudo-eosinofilos e "são afins aos leucocitos neutrofilos do homem não sómente pelo seu aspecto morfológico, como também por representarem provavelmente o mesmo papel fisiopatológico".

Eis aí algumas opiniões contrárias aos senhores Veiga, Pinto, Figueiredo e Andréa. O fato de existirem autores que se referem a neutrófilos da cobaia, prova apenas que tais autores não estão ao par do que já está plenamente estabelecido em hematologia. Eu poderia acrescentar outros nomes aos citados pelos senhores Figueiredo e Andréa. Nacionais e estrangeiros.

Para finalizar, quero ainda acrescentar mais alguns reparos aos trabalhos dos senhores Figueiredo e Andréa.

Relatam esses autores resultados obtidos com o sangue da cobaia, empregando os vários métodos de colaboração. Corantes capazes de destacar os elementos com afinidade para os ácidos, para as bases e até mesmo os neutrófilos! É fácil explicar esses achados. Os anfófilos ou pseudo-eosinofilos da cobaia, quando se cora o sangue com tais reativos mixtos, coram-se pela fração acida da mistura. Por isso aparecem os anfófilos corados em violeta avermelhado, com o corante triaciado de Ehrlich; violeta, com o corante de Lefas; roseo violeta com o corante de Giemsa, etc., pois que em todos esses corantes há uma fração acida, como a eosina, a fucsina, etc. O que eu queria ver era a coloração dos pseudo-eosinofilos ou anfófilos, com corantes simples (ácidos e básicos) e que me fosse negada sua coloração pela eosina, fucsina, simplesmente; que me fosse provada a coloração pelas misturas neutras. Mas coloração de verdade, não apenas discreta, como relatam os autores.

Outro ponto: os senhores Figueiredo e Andréa pelo fato dos autores dizerem que os anfófilos da cobaia se assemelham aos neutrófilos do homem, ou que aqueles têm as mesmas funções destes, ou que uns correspondem aos outros, concluiram que são iguais.

Conclusão erronea, positivamente. *Semelhantes, correspondentes, etc., não significa iguais.*

As asas dos mosquitos correspondem, na organização animal às asas da arara, mas ninguém terá a coragem de dizer que são iguais. O automóvel, como veículo de transporte, tem função identica, ao trem, mas não creio que haja alguém que considere tais veículos iguais. A caneta serve para escrever como também a máquina datilográfica, mas ninguém dirá que esses dois objetos sejam iguais. Assim são os anfófilos da cobaia e os neutrófilos do homem: são elementos sanguíneos que se assemelham, se correspondem, têm as mesmas funções, mas histologicamente são

diferentes. Eu pergunto aos senhores Figueiredo e Andréa si descobriram algum autor que dissesse que os anfófilos da cobaia são inteiramente iguais aos neutrofilos do homem.

Outra questão ainda. Os senhores Figueiredo e Andréa puzeram grande reparo á expressão "curvas leucocitarias" achada em minha critica, dizendo que eu deveria chamar "formulas leucocitarias". Respondo: quem chamou "curvas leucocitarias" foi o sr. Edgard Pires da Veiga. Veja-se a pagina 38 da tese deste senhor. Essa tese, antes de ser impressa, foi certamente vista e revista pelo autor e seus colaboradores, inclusive o Prof. Leoncio Pinto. Devolvo, pois, a critica a seus autores, por intermedio dos professores Veiga e Pinto.

Fico por aqui. Como disse antes, não voltarei a este assunto. Poderei voltar si outras criticas a meu parecer forem feitas pelos Professores Pires da Veiga e Leoncio Pinto, pois que sobre a tese do primeiro destes senhores ainda ha muita coisa a respigar.

Enderéço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

um aperitivo

**DIFFERENTE**

para as pessoas  
e paladar apurado

**CARAMURÚ**



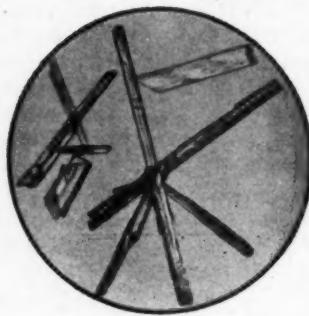
*antártica*



## VITAMINAS SYNTHETICAS "ROCHE"

### B<sub>1</sub> = BENERVA "ROCHE"

TODAS AS HIPOVITAMINOSSES B<sub>1</sub>



Nevralgias diversas.

Asthenia.

Disturbios intestinaes.

Dores musculares.

Polynevrites diversas (alcoolica, diabetica, malarica, gravidica, toxica, infecciosa).

Sciatica. Nevrites crural, facial, optica, etc., etc.

Ampolas de 2 mg. (Caixa de 6)

Comprimidos de 1 mg. (Vidro de 20)

### BENERVA FORTE ROCHE

Para suprir, em casos graves, os grandes deficits em vitamina B<sub>1</sub>

Ampolas de 10 mg. (Caixa de 3)

### C = REDOXON "ROCHE"

Todas as hypo e avitaminoses C.



Diatheses hemorragicas. Carie dentaria e gengivite da gravidez, vomitos incoerciveis. Dystrofia, coqueluche, diphteria, affecções pyogenicas dos lactentes. — Prophylactico dos accidentes post - operatorios. Furunculose, ulcerações. Estados pre e eschizophrenicos.

Ampolas de 100 mg. (Caixa de 6)

Comprimidos de 50 mg. (Tubo de 20)

### REDOXON FORTE ROCHE

Para suprir, nas doenças infecciosas, os grandes deficits em vitamina C.

Ampolas de 500 mg. (Caixa de 3)

PRODUCTOS ROCHE S. A.

CAIXA POSTAL 329 — Rio

## A appendicite no decurso da gravidez \*

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

*Director do Sanatorio São Lucas*

Accedendo a um gentil convite da mesa da Secção de Medicina da Associação Paulista e Medicina, para abordar na reunião de hoje a questão da appendicite no decurso da gravidez, outra intenção não tínhamos do que aquella de cooperar, embora com um minimo, para a approximação cada vez maior entre a Medicina e a Cirurgia.

O tema que nos foi proposto é devéras interessante, não só pela evolução que vêm soffrendo os conceitos a seu tempo firmados sobre a orientação do tratamento da appendicite durante a gravidez, como tambem pela diversidade de conducta que impêra em nosso meio, onde ainda não se tornaram sufficientemente divulgados os trabalhos que marcam, nestes ultimos annos, a tendencia geral dos grandes centros com respeito ao assumpto.

E' certo que a appendicite, como qualquer outra molestia, pôde desencadear-se durante a gravidez. Ha autores, porém, como Demelin e Devraigne, que acham que a gestação exerce uma influencia favoravel ao apparecimento da appendicite. Entretanto, o estudo de numerosas estatisticas, seja obstetricas, seja cirurgicas, conduz á conclusão de que, de facto, a gravidez não predispõe á appendicite. Esse ponto foi ainda a pouco (1935) largamente debatido por Georges Mouton, reflectindo a convicção da escola obstetrica de Brindeau, de Paris. Sem duvida era essa a opinião de Hancok quando publicou a primeira observação de appendicite no decurso da gestação, em 1848. A verificação de maior numero de casos induziu, mais tarde, principalmente depois que o novo seculo introduziu a revisão dos casos e a publicação das estatisticas, a acreditar-se numa influencia directa do estado gravidico na ecclosão da crise de appendicite. Esse conceito classico já não mais subsiste. E' o que nos afirmam os numeros abaixo:

\* Trabalho apresentado á Secção de Medicina da Associação Paulista de Medicina em 26 de outubro de 1937.

**FREQUENCIA DA APPENDICITE NA GRAVIDEZ**  
 (estatisticas obstetricas)

	N. <sup>o</sup> DE GRAVIDAS	APPEND.	%
Reeb . . . . .	17.265	23	1,33
Chrobäck . . . . .	13.000	13	1
Von Rosthom . . . . .	2.700	2	0,7
Brindeau . . . . .	31.130	19	0,5
Séguy . . . . .	55.000	28	0,5
Lobenstine . . . . .	30.000	5	0,16
Pinard . . . . .	11.497	1	0,08

**FREQUENCIA DE GRAVIDEZ EM CASOS DE APPENDICITE**  
 (estatisticas cirurgicas — mulheres)

	GRAVIDAS	CASOS	%
Luigi Tomasi. . . . .	11	297	3,7
Schmid . . . . .	25	1.000	2,5
Eiselberg. . . . .	13	520	2,5
Wilson. . . . .	—	—	2
Jerlow . . . . .	456	30.000	1,5
Routier . . . . .	12	1.300	0,9
Cook . . . . .	7	731	0,9
Didier . . . . .	19	2.000	0,9
Laffont e Ezes . . . . .	41	9.037	0,44
Sonnenburg . . . . .	4	2.000	0,2

Taes numeros, referentes a crises agudas de appendicite, levaram Mouton a concluir que "a appendicite é rara durante a gravidez: 1 appendicite para cada 2.000 partos e 1 gestação para cada 100 appendicites".

Isso posto, encaremos o problema por uma outra face: é a gravidez um factor de recidiva em casos em que já se manifestaram crises appendiculares anteriores?

A resposta é afirmativa pela palavra da quasi totalidade dos autores. A gravidez reactiva a appendicite, diz Manoel Luis Peres. Já em 1897 Tuffier apresentava tres casos typicos de reactivação do processo appendicular pela gravidez. Esse conceito clinico está alicerçado nas estatísticas, que mostram maior numero de casos de appendicite nas primigestas, a primeira gravidez desencadeando logo a recidiva da crise. E' por isso que Brindeau affirma que a appendicite da gravidez ocorre nas mulheres jovens.

**FREQUENCIA DA APPENDICITE CONFORME O NUMERO  
DE GESTAÇÕES**

	HEINECK		MOUTHON	
	CASOS	%	CASOS	%
Primigestas . . . . .	30	34%	12	63%
Secundigestas . . . . .	20	25%	{ 7	37%
Multigestas . . . . .	37	41%		

(Seria interessante averiguar si nas multigestas a primeira crise appendicular ocorreu depois do 1.<sup>o</sup> ou dos demais partos anteriores)

De 16 casos em que havia historia de appendicite, a crise se declarou em 11, no testemunho de Goedecke, e em 6 casos de 10 colligidos por Crothswaite com crises appendiculares anteriores. Assim, si não é obrigatoria a recidiva, ella, entretanto, ocorre em porcentagem bastante elevada.

Varias são as causas apontadas como predisponentes da nova crise appendicular durante a gestação. Vejamol-as:

1. Constipação. E' frequente a obstipação intestinal no decorso da gravidez.

2. Exaltação do colibacillo. A flora intestinal e particularmente o colibacillo facilmente adquirem virulencia durante a gestação, fazendo sentir, então, a sua acção pathogenica.

3. Compressão pelo utero. Mesmo quando o ceco é movel e principalmente quando fixo, tanto mais si ha adherencias inflamatorias, a compressão do appendice pelo utero gravido é facto que não offerece duvidas.

4. Congestão hypogastrica. Si a congestão do apparelho genital tem para Boije e Labhart uma influencia favoravel na evolução da appendicite, para a maioria dos autores ella pode auxiliar o desencadeamento de uma nova crise, pois que a estase favorece o desenvolvimento dos germes.

5. Aumento dos coprolithos. Segundo idéas esposadas por Dieulafoy, que os autores ainda repetem, durante a gravidez é mais facil a produção de coprolithos, que iriam agir mecanicamente no interior do appendice.

Desse modo positivada a reincidencia da appendicite no decorso da gestação, cumpre averiguar as consequencias que dahi podem advir, para bôa orientação therapeutica. Convém salientar que todos são unanimes em reconhecer uma gravidade maior na appendicite, quando ocorre durante a gravidez. As causas apontadas do agravamento do prognostico são as seguintes:

1. Menor resistencia á infecção.
2. Compressão pelo utero.
3. Maior vascularidade.
4. Mais alto e mais perigoso sitio para a suppuração.
5. Maior interferencia do tympanismo.
6. Maior dificuldade da ventilação pulmonar.
7. Inadequada protecção do epiploon.
8. Dificuldade de acesso cirurgico ao appendice.
9. Dificuldade de drenagem.
10. Maior possibilidade de obstrução intestinal.
11. Possibilidade de séria septicemia materna e fetal.
12. Dificuldades de diagnostico.
13. Protelação do tratamento cirurgico.

Commentemos ligeiramente essas varias causas de aggravamento da appendicite no decurso da gravidez.

1. Alguns autores acham que a mulher, já pela sua constituição e ainda mais pelo estado gravidico, em que, não raro, o seu organismo tem que lutar denodadamente contra a toxicose, ás vezes mais, ás vezes menos intensa, acham que a mulher tem a sua resistencia diminuida, não podendo enfrentar um processo infeccioso com a mesma mobilização de defesas que faria fóra da gestação ou que a um homem seria dado fazer. Tal juizo é exacto, pelo menos para um certo numero de casos.

2. A compressão pelo utero vem aggravar o prognostico, não em todos, ao menos naqueles casos em que adherencias preexistentes inhibem o appendice de fugir diante do utero que se avizinha. Nesse particular, podemos testemunhar o aggravamento que accarretou durante uma crise appendicular aguda a compressão por um utero, desta feita não gravidico, mas portador de varios fibromyomas volumosos: em 48 horas o appendice encarcerado apresentava vastas zonas de necrose, com perfurações, e a doente só escapou da peritonite diffusa graças a uma soro-terapia intensiva, local e paraenteral. Parece-nos que não restam duvidas sobre os effeitos prejudiciaes da compressão uterina sobre o appendice inflammado. A compressão é tanto mais frequente quanto é sabido que o appendice na mulher é mais baixo que no homem (Demelin e Devraigne) e que o chamado "flirt appendico-salpingeano" é causa frequente de adherencias, que immobilizam o appendice.

3. A maior vascularização teria a acção bemfazeja de trazer ao fóco de inflamação maior copia de defesas do organismo, conforme accentuam Boije e Labhard. Mas, á maior vasculari-

zação sanguínea se ajunta um enriquecimento accentuado da rede lymphatica — já pela appendicite, já pela propria gravidez (Demelin e Devraigne) — e o campo se torna propicio á phelebite e á thrombose, como pondera De Lee, tanto quanto á lymphangite e suas conhecidas consequencias.

4. O sitio mais alto para uma suppuração que em geral se dá e se enclausura na fossa ilíaca direita, favorece, sem duvida, a sua generalização pelo peritoneo, com a aggravante de mais facilmente attingir as porções superiores do abdomen, onde as infecções offerecem maior perigo, seja pela mais facil absorpção da membrana peritoneal a esse nível, conforme defendem alguns, seja pela maior proximidade da caixa thoracica, conduzindo a complicações pulmonares por vezes irremediaveis. Vigne accentua que em taes casos a peritonite é mais grave porque o fóco é mais alto.

5. A maior interferencia do tympanismo transparece claramente do facto de o utero gravido ocupar uma bôa porção do abdomen, roubando espaço ás expansões gazosas e difficultando o peristaltismo intestinal.

6. A ventilação pulmonar, já até certo ponto difficultada pelo volume do utero gravido, é ainda mais cerceada quando um processo doloroso vem tolher as expansões diaphragmaticas. Todos nós sabemos as consequencias desagradaveis de uma deficiencia das trocas respiratorias.

7. A protecção do epiploon na gestação não se faz sentir tão effientemente. Si o augmento do volume do ventre distende o epiploon, o recalçamento do estomago e do colo transverso para o quadrante superior esquerdo afastam-no do fóco appendicular.

8. O accesso cirurgico ao appendice é ás vezes devéras difficil. Baer estudou o deslocamento do appendice durante a gravidez e verificou que, quando não ha crises appendiculares anteriores ou adherencias congenitas, elle sobe normalmente em direcção á loja sub-hepatica. Pesquisando em cadaveres de mulheres gravidas, Futz (1903) concluiu que o deslocamento do ceco se faz em tres direcções: a) de baixo para cima; b) de fóra para dentro, isto é: para a linha mediana; e c) de trás para diante, approximando-se da parede anterior do abdomen; de accordo com essa ascenção, no 7.<sup>º</sup> mês o ceco está acima da espinha iliaca antero-superior direita, no 8.<sup>º</sup> mês perto do fundo do utero, sobre a linha mamelar, e, por fim, a termo, sobre essa mesma linha nas proximidades do figado. Observações radiologicas de Gutmann e Stachler localizaram o ceco, nos ultimos 4 meses da gestação, no cruzamento da linha bicrista com a perpendicular que passa pela espinha iliaca anterior e superior direita. Tambem em pes-

quizes radiologicas, Füth e Schumacher encontraram deslocamento constante, enquanto que Hoffmann sómente encontrou assentação em 5 de 37 casos estudados, Pankow dá pouca importância ao deslocamento e Fink não observou deslocamento. Mas si o deslocamento existe em alguns casos e em outros não, nem sempre acertará o cirurgião com a via de acesso mais directa e conveniente. Si faz incisão relativamente baixa, o appendice pôde estar na loja subhepatica; si faz incisão alta, o appendice pôde estar atrás do utero, mesmo na cavidade pelvica. Por isso não é de admirar que alguns autores tenham recorrido á cezareana (Brindeau) e até á hysterectomia para depois conseguirem attingir o appendice.

9. A drenagem de um fóco appendicular no decurso da gestação, que já de si é difícil pela profundidade em que geralmente se acha, torna-se ainda mais precaria pelas modificações intra-abdominaes surgidas no post-operatorio, pois raros são os casos em que o abortamento ou o parto prematuro não vêm obscurecer ainda mais o prognostico.

10. De Lee assignala a maior possibilidade de ocorrer a obstrucção intestinal quando a appendicite aguda accomette uma gestante. A coalescencia das alças intestinaes seria favorecida pela compressão do utero gravido.

11. A possibilidade de uma séria septicemia materna é clara diante das varias causas de agravamento da appendicite na gravidez. A isso cumpre acrescentar a possibilidade, tão frequentemente verificada, da septicemia fetal, conduzindo á morte do producto da concepção com a sua séria repercussão sobre o estado geral da gestante, agravando-o sobremaneira: perigo de vida para a creança e perigo de vida para a mãe.

12. Nem sempre é facil o diagnostico de appendicite na gestante. Quando ha verificação de crises appendiculares anteriores — ou quando a historia da doente faz crer a existencia de crises pregressas, então mais facilmente a atenção do medico seria orientada para a possibilidade de uma crise de appendicite. Mas quando os symptomas se manifestaram pela primeira vez, então nem sempre o clinico pode firmar sua opinião com segurança. Nas nulliparas, é relativamente frequente observar-se uma crise dolorosa na fossa iliaca direita nos primeiros tempos da gravidez sem que o appendice se ache compromettido. O utero salta da cavidade pelvica, com a sua tendencia de ascender para a direita, e os orgãos vizinhos gritam tanto mais quanto é sabido que o nervosismo daquella que vai ser mãe pela primeira vez se acha bastante exaltado, exagerando a symptomatologia. Quando a gravidez já vai avançada, o diagnostico diferencial pode

ser bastante difficult. Em favor da appendicite aguda, onde geralmente não existe a defesa muscular da parede do ventre distendida pela gravidez, apparece um signal de grande valor, que é a contractura do utero gravido (Lemeland e Brindeau), como acontece tambem na hemorrhagia retroplacentaria (Vignes). Para uns é signal de inicio de trabalho pathologico; para Laffont, é uma defesa do musculo uterino semelhante á defesa dos musculos da parede abdominal. Vignes assignala uma dor uterina provocada pelos movimentos da coxa direita e, vice-versa, uma dor na coxa direita provocada pela pressão sobre o utero. A febre é mais alta que no geral e o pulso é rapido, a não ser nos casos de appendicite retrouterina, em que geralmente não ha tachycardia. Os vomitos estão presentes em cerca de 50 % dos casos. A dor começa bruscamente e manifesta-se antes no flanco direito do que na fossa ilíaca direita, sendo frequente a dor inicial epigastrica. Dahi, sem duvida, a grande difficultade do diagnostico diferencial. Este pôde ser feito dentro da seguinte chave:

- |  |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
|--|---|--|-----|--|-------------|--|------------------------------|---------------|--|--|-------------------|--|--|---------------------|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|
| <b>A. COLICAS</b><br><b>B. AFFECÇÕES ANNEXIAES</b><br><b>C. OUTRAS AFFECÇÕES</b> | <table border="0"> <tr> <td>a) uterina</td> <td>. {</td> <td>abortamento imminent ou inicio de trabalho</td> </tr> <tr> <td>b) hepatica</td> <td></td> <td>hemorrhagia retroplacentaria</td> </tr> <tr> <td>c) nephretica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) enterocolitica</td> <td></td> <td></td> </tr> </table><br><table border="0"> <tr> <td>a) salpingite aguda</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) torção de tumor annexial.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table><br><table border="0"> <tr> <td>a) perfuração de ulcera gastroduodenal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) occlusão intestinal aguda</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) nevralgia lomboabdominal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) outros estados abdominaes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | a) uterina                                 | . { | abortamento imminent ou inicio de trabalho | b) hepatica |  | hemorrhagia retroplacentaria | c) nephretica |  |  | d) enterocolitica |  |  | a) salpingite aguda |  |  | b) torção de tumor annexial. |  |  | a) perfuração de ulcera gastroduodenal |  |  | b) occlusão intestinal aguda |  |  | c) nevralgia lomboabdominal |  |  | d) outros estados abdominaes |  |  |
| a) uterina   | . {   | abortamento imminent ou inicio de trabalho |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| b) hepatica  |   | hemorrhagia retroplacentaria               |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| c) nephretica  |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| d) enterocolitica  |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| a) salpingite aguda  |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| b) torção de tumor annexial.   |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| a) perfuração de ulcera gastroduodenal   |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| b) occlusão intestinal aguda   |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| c) nevralgia lomboabdominal  |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |
| d) outros estados abdominaes   |   |  |     |  |             |  |                              |               |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                              |  |  |  |  |  |                              |  |  |                             |  |  |                              |  |  |

O exame hematologico pode prestar serviços nesses casos.

Si é difficult o diagnostico da appendicite aguda, tambem o da appendicite chronica por vezes se mostra pouco evidente. Quando os vomitos incoerciveis ultrapassam os tres mêsos é sempre util pesquisar uma appendicite chronica. Em 1914, Delagénierie publicou 5 casos de appendicite chronica que entretinham o vomito; este cessou com a appendectomia. Toupet mostrou em 1925 que a maioria das mulheres com vomitos incoerciveis eram portadoras de appendicite chronica. Em 73 mulheres observadas, Vignes verificou que em 45 % das já anteriormente appendectomizadas não havia vomito; em 25 % das que não apresentavam symptomas de appendicite, o vomito estava ausente; e sómente 20 % das que tinham symptomas de appendicite ficaram livres do vomito gravidico. O exame radiologico do appendice será um optimo auxiliar do diagnostico nesses casos.

13. Si o diagnostico é, por vezes, difficultil, mesmo quando firmado ou quando provavel, a protelação do tratamento cirurgico é logo lembrada, maximé nos casos chronicos. Deixemos passar a gestação, dirá o medico ou dirá a familia da doente. E espera-se que o quadro se agrave. Para que melhor se pese a responsabilidade dessa protelação, attense-se para esta estatistica de Jerlow:

#### GRAVIDADE SEGUNDO O PERIODO DA GESTAÇÃO

	CASOS GRAVES	BENIGNOS
3. <sup>o</sup> mês . . . . .	15%	85%
4. <sup>o</sup> mês . . . . .	30%	70%
5. <sup>o</sup> mês . . . . .	50%	50%
6. <sup>o</sup> mês . . . . .	60%	40%
7. <sup>o</sup> mês . . . . .	55%	45%
8. <sup>o</sup> mês . . . . .	64%	36%
9. <sup>o</sup> mês . . . . .	70%	30%

Si a gravidade é tanto maior quanto mais proximo do termo, convem extirpar o appendice logo no inicio da crise, quando nos ultimos meses, e não deixar "esfriar", quando nos primeiros meses, porque nova crise mais tarde teria gravidade maior.

Todas essas circunstancias que obscurecem o prognostico e que ligeiramente passamos em revista conduzem á convicção de que a appendicite no decurso da gravidez é uma affecção realmente grave. Em quanto a porcentagem de mortalidade da appendicite aguda vae de 3 a 6 %, na appendicite aguda da gestação é 3 a 4 vezes mais alta (Bérard e Vignard), como se vê no seguinte quadro:

#### MORTALIDADE DA APPENDICITE NA GRAVIDEZ

	OBITOS	CASOS	%
Rabler { app. perfurado	36	89	40
app. não perf.	1	50	2
Pinard . . . . .	11	45	24
Petit e Princeteau . . . . .	3	15	20
Pankow . . . . .	—	—	20
Laffont e Ezes . . . . .	3	19	15,8
Jerlow . . . . .	25	263	9,5

(Em geral estatisticas de casos agudos)

Ja na appendicite chronica, a mortalidade operatoria não oferece essas cifras espantosas, sendo approximadamente igual á da appendicite chronica fóra da gravidez. Temos operado numerosas mulheres portadoras de appendicite chronica durante os primeiros meses da gravidez com mortalidade nulla. O abortamento é um accidente raro, o que não acontece quando a appendicite é aguda, conforme se vê dos numeros abaixo:

#### INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR APPENDICITE

	CASOS GRAVES	CASOS BENIGNOS
Renwall . . . . .	70%	9%
Jerlow . . . . .	70%	13%

Assim, dada a benignidade do acto cirurgico na appendicite chronica e a gravidade da crise appendicular aguda durante a gestação, a indicação cirurgica deve ser feita logo que firmado o diagnostico de appendicite. Aliás é essa a orientação dos autores modernos. Curtis, por exemplo, é taxativo e impressionante; diz elle: "é infinitamente melhor operar por suspeita do que esperar". Andérodias, Péry e Laporte aconselham evitar a crise dos 6 meses, que pode accarretar a morte quando o feto ainda não é viavel. E si Pinard já mandava operar em qualquer circunstancia, Vignes accentua que é "obrigação particularmente imperiosa" a operação da appendicite aguda, mais ainda do que fóra da gravidez, e recommends de se operar toda gestante em inicio que tenha apresentado signaes appendiculares antes da gravidez, pois que a intervenção é então mais facil e menores são os perigos e probabilidades do abortamento. Luigi Tomasi diz textualmente: "Não conhecemos nenhum momento de esperar... e temos a satisfacção poder dizer que seguindo essa regra temos tido sempre optimos resultados".

Para bem se avaliar dos perigos da protelação, damos a seguir o resumo da observação de um caso do nosso serviço, onde ficaram bem patentes a gravidade da appendicite no decorso da gravidez e as consequencias desastrosas de uma espera intempestiva:

*Observação.* — C. M. 26 annos, casada, branca, yugoslava, residente nesta capital. A 26-6-1936, á noite, estando gravida de 7 meses e meio, começou a sentir dores fortes na fossa iliaca direita, acompanhadas de naseas e vomitos biliosos e alimentares. Persistindo esses symptomas, o dr. Alberto Neves, que a assistia, encaminhou-a para o Sanatorio Santa Catharina com o diagnostico de provavel appendicite aguda. Não contava

historia de crise appendicular anterior e referia que, dias atrás, uma parteira havia feito manobras para "endireitar a creaça". As dores tinham diminuido de intensidade, os vomitos tinham desaparecido e o exame, dificultado pela presença do utero gravido, apenas revelava dor ao palpar profundo da fossa ilíaca direita, não havendo hyperesthesia no ponto de Mac Burnay. O exame pre-operatorio revelou: tempo de coagulação, 7 minutos; tempo de sangramento, 45 segundos; taxa de hemoglobina, 73 %; valor globular, 0,9; globulos brancos, 9.800 por mm<sup>3</sup>; globulos vermelhos, 3.880.000 por mm<sup>3</sup>; urina com reacção acida, com traços accentuados de albumina, sem glycose, presentes a acetona e o ácido diacetico; 3 a 5 leucocytos por campo, raros agrupados e algumas hematias no sedimento. Diante da attenuação dos symptoms e da inexistencia de uma leucocytose elevada, resolvemos deixar a doente em obsservação com soro glycosado e insulinina. Mais tres dias e a doente se retirava para casa, melhorada. Mas a 7 de julho de 1936 de novo voltava ao hospital por ter-se aggravado o seu estado: as dores se exacerbaram, o estado geral peorara, estabelecer-se um empastamento no flanco direito. O diagnostico de abcesso appendicular se impunha. Urgia intervir. Nesse mesmo dia, assistido pelo dr. João von Sonnleithner, sob anesthesia local com novocaina a ½ % (40 cc), realizámos a intervenção (op. n.º 4788), que consistiu apenas na celiotomia e drenagem do fóco purulento. No dia seguinte, a determinação da reserva alcalina demonstrou um estado de acidose (45,3 %). O postoperatorio foi accidentado: vomitos, paresia intestinal, contractura permanente do utero e por fim expulsão de um feto morto a 12 de julho, sendo necessaria a extração manual da placenta. Aos poucos foi a doente melhorando e obteve alta hospitalar com uma fistula, que se protelou, acompanhada de constipação, dores intestinaes e náuseas. A fistula persistiu, apesar dos mais variados tratamentos e, como se accentuassem as dores abdominaes, resolvemos apressar a intervenção tendente a remover o fóco purulento. Dando entrada no Sanatorio Santa Catharina, o exame pre-operatorio, realizado em 26 de outubro de 1936, revelou: tempo de coagulação, 7 minutos; tempo de sangramento 1 minuto e 30 segundos; taxa de hemoglobina 76 %; valor globular, 0,9; globulos brancos, 10.400; globulos vermelhos, 4.160.000; urina com reacção acida, contendo traços mínimos de albumina, numerosas cellulas de descamação, raros leucocytos isolados e raras hematias; ausencia de glycose, acetona e ácido diacetico. Operação n.º 5.118, em 27 de outubro de 1936, sob rachianesthesia com 5 cc. de Scurocaina a 5%, previa retirada de 4 cc. de liquor. Assistente, dr. João von Sonnleithner. Com incisão paramediana direita, foi aberto o peritoneo, verificando-se que a fistula partia de um fóco purulento assentado em um corpo luteo do ovario direito. O utero estava adherente ao intestino; ao se fazer a libertação, rompeu-se a trompa direita, cujo coto foi abandonado sem ligadura. Desfeitas outras adherencias, foi descoberto o apêndice, que apresentava uma base fibrosada e uma perfuração no seu terço medio. Dentro da cavidade foram lançadas empolas de parafina liquida, electrargol e soro contra appendite. Fechamento da parede com drenagem. Houve contaminação da incisão, mas a cicatrização se fez bem, de sorte que a doente pôde deixar o hospital completamente boa. Em maio de 1937 havia ganho 12 kilos e em setembro de 1937 o aumento de peso subia para 15 kilos. Nessa época ainda não havia tornado a engravidar.

Endereço: Caixa Postal, 1574.

## AUTORES CONSULTADOS:

- ANDÉRODIAS, PERY (Gabriel) e LAPPORTE: "Appendicite et appendectomie au cours de la grossesse; abcès du Douglas ouvert spontanément dans le vagin; accouchement à terme", Bul. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, XXV, 692, novembro de 1936.
- BAZÁN (Julio) e ETCHEGUREN (E.): "Apéndicitis y puerperalidad", Bol. de la Soc. de Obst. y Gyn. de Buenos Aires, XV, 17 de dez, de 1936.
- BERUTI (Josue A.), PALAZZO (Orestes) e FERRARI (Roberto A.): "Consideraciones sobre un caso de abceso apendicular en una embarazada de ocho meses", Bol. de la Soc. de Obst. e Gyn. de Buenos Aires, XI, 824, 31 de dez. 1932.
- CURTIS (Arthur Hale): "Obstetrics and Gynecology", I, 989, Saunders, Philadelphia, 1934.
- DEMELIN (L.) e DEVRAIGNE (L.): "Manuel de l'accoucher", 503, G. Doin, Paris, 1934.
- LAFFONT (A.) EZES (H.): "Appendicite et grossesse; données statistiques de la Maternité d'Alger de 1926-1936", Bul. de la Soc. de Obst. et Gyn. de Paris, XXV, 567, outubro de 1936.
- MONDOR (H.): "Diagnostics urgents", 2.ª ed. I, 129, Masson, Paris, 1933.
- MOUTHON (Georges): "Appendicite et grossesse", these de doutoramento, Lib. Vigné, Paris, 1935.
- PEREZ (Manoel Luis): "Tratado de obstetricia", II, 144, Aniceto Lopes, Buenos Aires, 1933.
- REEB (M.) e IRRMANN-WEHRUNG: "Appendicite et gestation", La Gynécologie, Paris, XXXV, 129, março de 1936.
- TOMASI (Luigi): "Appendicite acuta e gravida", Il Policlinico, s. pratica, XLIV, 1928, 11 de outubro de 1937.
- VIGNES (Henri): "Maladies de femmes enceintes", I, 241, Masson, Paris, 1935.
- VIGNES (Henri): "Appendicite et vomissements gravidiques", referencia em Gynécologie et Obstétrique, Paris, XVIII, 246, março de 1928.

**NEO-HEPAN - figado injectavel**

**DRAGEAS      DESENSIBILISAÇÃO      GRANULADOS**  
**AOS CHOQUES**

**PEPTALMINE**

ENXAQUECAS      Fábricado no Brasil com nome especial e sob o controle da  
 LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS      Urticaria  
 POR ASSIMILAÇÃO DEFICIENTE      ESTROPHULOS  
 Urticaria  
 Eczemas

SOCIEDADE ENIAL LTDA.  
 174, Rua General Carneiro, Centro, São Paulo

# SYPHILIS



O mais moderno,  
mais espirillicida e  
mais toleravel dos  
arsenobenzóes. Sa-  
tisfaz integralmente  
ás exigencias de  
"standardização"  
da Comissão de  
Hygiene da Liga  
das Nações.

#### DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

#### EMBALAGENS:

Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose.  
Caixa-série clínica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),  
para um tratamento completo.

Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: Rhodia CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

## MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA\*

### Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE MAIO

Presidente : DR. E. PINTO CEZAR

**ESTADOS MENTAIS DE  
ESCHIZOPHRENICOS APO'S  
OS COMAS PROLONGADOS  
NA INSULINOTERAPIA —**  
DRS. MARIO YAHN e NILO TRIN-  
DADE DA SILVA — Os AA., depois  
de considerarem rapidamente as  
phases por que vêm passando o  
tratamento dos eschizophrenicos  
pelos methodos modernos, detém-  
se no estudo da insulinotherapy que  
offerece um campo de pes-  
quisas e investigações particular-  
mente curioso. Parece-lhes que  
atravessam um momento em que  
as estatísticas para avaliação dos  
resultados e as questões de tech-  
nica não ocupam um maximo de  
attenção, mas que os problemas  
especies ao methodo, perfeitamente  
individualizado para cada doente,  
são, por ora, de muito maior  
interesse. Por isso estudam os  
doentes que constituem o motivo  
do presente trabalho. Trata-se  
de tres eschizophrenicos chronicos  
— dois de sexo feminino, hebe-  
phrenicos e um sexo masculino,  
paranoide, em que, após o trata-  
mento pelo coma insulinico, se  
installou um quadro mental di-

verso do da eschizophrenia. Num  
delle surgiu o estado psychico-  
glyscroide, ou a viscosidade psychica  
dos epilepticos (obs. I); nou-  
tro um delirio oniroide fantasti-  
co, seguido de embrutecimento  
mental (obs. II); no terceiro,  
emfim, houve embrutecimento  
psychico, semelhante ao dos im-  
becis (obs. III). Esclarecem que  
em nenhum delle o tratamento  
decorreu com a regularidade de-  
sejavel, pois em todos os doentes  
sucedeu installar-se com as irre-  
versiveis de gravidade variavel  
em cada caso. Pacheco e Silva  
descreveu as psychoses post-insu-  
linotherapicas em eschizophreni-  
cos que, após o tratamento, apre-  
sentaram o quadro mental perva-  
rso. Ahi o decurso da insulinotherapy,  
segundo o que se deprehende  
do trabalho, decorreu sem acci-  
dentes. Por esta razão pensam os  
AA. que os estados mentais  
que agora descrevem dependem  
dos comas prolongados na insu-  
linotherapy, não sendo de se  
suppor que surjam nos tratamen-  
tos cujo decurso foi regular.

(\*) As noticias referentes à Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

Nas convalescências :

### SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR  
RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL  
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO



**Commentarios :** Dr. José Nascimento de A. Prado : Chamou a attenção para que o fundamento eschizophrenico permaneceu a seu modo de ver nos 3 casos apresentados pelo A. mesmo depois do tratamento.

Dr. Edgard Pinto Cezar : Pensa não ter muita razão de ser a designação dada pelos AA. à comunicação, achando que o mais razoável é admittir-se a possibilidade de um estacionamento do processo eschizophrenico. Modificações perversas que apareceram seriam talvez reliquat de uma molestia orgânica que estacionou. No mais as observações apresentadas são meticulosas e revelam que os AA. sabem aproveitar o material que lhes vem ás mãos.

Dr. Mario Yahn : Em nossos doentes chronicos o que nos chamou a attenção foi que, considerando a estabilidade dos quadros clínicos que possuíam e após o tratamento pela insulina sofreram mudanças completas esses quadros. Seria muito interessante mesmo cogitar-se da transformação de formas clínicas em outras mais susceptíveis a uma terapêutica mais eficiente.

**CHLORETO NO LIQUIDO CEPHALO RACHIDIANO. TÉCNICA DA DETERMINAÇÃO. TAXA NORMAL. VARIAÇÕES PHYSIOLOGICAS E PATHOLOGICAS** — Dr. João B. dos Reis — O A. assignalou a importância da determinação da taxa de chloreto no líquido cefalorachidiano. Descreveu uma técnica sua de dosagem na qual introduziu pequenas modificações. Encontrou um erro accidental de mais ou menos 0,06 gr.% nas experiências procedidas. Verificou que a desproteinização sómente é necessária quando o líquor contiver mais que 1,0 gr.: 1000 de proteinas totais. Assignalou o conceito de normalidade dos diferentes AA. e estabelece o próprio entre os limites de 7,02 e 7,55 grs.: 1000, baseado no exame de 1.500 líquidos normaes.

Fez por ultimo rápidas considerações sobre as variações physiologicas e pathologicas da taxa de chloreto.

**Commentarios :** Dr. E. Pinto Cezar : O A. resumiu bastante a sua comunicação. O seu trabalho precisa de maneira científica tudo o que se refere à dosagem dos chloretos no líquido e à devida interpretação dos factos. Não pôde deixar de enaltecer o esforço do A. em precisar a questão da taxa dos chloretos entre nós e as suas diferentes modificações pathologicas. Tem o trabalho uma documentação exhuberante e pode constituir no nosso meio um padrão sobre o assumpto.

**URÉA NO LIQUIDO CEPHALO-RACHIDIANO** — Dr. João BAPTISTA DOS REIS — O A. demonstrou a importância da verificação da taxa de uréa no líquor, em determinadas circunstâncias. Descreveu rapidamente os diversos processos empregados em laboratório e deteve-se no processo hypobromito de sódio que adoptou para o líquor pela sua simplicidade, rapidez de execução e por oferecer resultados satisfatórios para orientação clínica. Introduziu pequenas modificações ao processo o que permite maior precisão. Fez a determinação empregando 1,5 cc. de líquor e procedendo a extração rápida de azoto com auxílio do aparelho para reserva alcalina de van Slyke. Construiu uma tabella que facilita o cálculo, permitindo deduzir, imediatamente, do volume de gás corrigido, a taxa de uréa do líquor. Fez 500 determinações no líquido cefalorachidiano e estabeleceu a taxa normal, para este método, entre os limites de 0,15 a 0,35 gr.: 1000.

Dr. E. P. Cezar : As nossas palavras anteriores se ajustam perfeitamente a essa nova contribuição do A., que com esses dois trabalhos, veiu enriquecer de maneira brilhante a nossa bibliographia.

**O INCONSCIENTE NA OBRA  
DE MACHADO DE ASSIS —  
DR. LUIZ RIBEIRO DO VALE —**

**Commentarios :** Dr. Moacyr Navarro : De facto, o trabalho do ilustrado collega, como o livro de Peregrino Jr., é dos melhores que conheço, mostrando que o A. penetrou no sentido psychologico da obra de Machado

de Assis, luminar das nossas lettras. Tece em seguida, commentarios sobre a personalidade do grande escriptor, que, mau grado a sua doença, chegou a produzir obra de tão alto valor.

**Dr. Edgard P. Cezar :** Foi para nós um encanto, o trabalho do A., que nos trouxe uma interpretação psychologica brillante da obra de Machado de Assis.

**SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE MAIO**

**Presidente : DR. ERNESTO MOREIRA**

**SOCIEDADE RIO-PLATENSE DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA — Dr. FRANCISCO HARTUNG —** Relatou o A. que este anno em um gesto de cortezia para com os brasileiros, a Rio-platense convidou-os para tomar parte em seu conclave, lembrando o nome do dr. Francisco Hartung, officiando nesse sentido á Secção de Oto-rhino-laryngologia da Associação Paulista de Medicina. A reunião effectuou-se em 28 e 29 de abril p. p. O thema uruguayo versou sobre "Petrosites Otogenaeas", tendo como relator o dr. A. Santoro. A otomastoidite do lactante serviu de assumpto para o dr. J. Carlos de Oreggia. Podestá apresentou magnificas microphotographias sobre os abcessos lateropharyngeos. Belou-Casteran, Alonso, M. Rius, E. Apollo tambem figuraram nas reuniões, com magnificas contribuições. Cetrâ, uma das maiores autoridades do mundo em cirurgia da larynge, tambem esteve presente ás sessões. O thema brasileiro, apresentado pelo dr. Hartung, versou sobre "Leishmaniose das vias aereas superiores". O trabalho constou de uma primeira parte constituída por definição, historico, distribuição geographica, a parte pathogena, transmissão, epidemiologia, anatomia e histologia pathologicas e pathogenicas; na 2.<sup>a</sup> parte foi incluida a anamnese e a descrição das formas clinicas nasal, bucopharyngea, laryngea e labial; a 3.<sup>a</sup> foi reservada ao diagnostico diffe-

rencial como a tuberculose, syphilis blastomycose, lepra e cancer; na 4.<sup>a</sup> focalizou o tratamento, na 5.<sup>a</sup> o prognostico, na 6.<sup>a</sup> um esboço da prophylaxia e a ultima parte foi reservada ás conclusões.

**Commentarios :** Dr. Ernesto Moreira : Elogiou o trabalho completo do relator, salientando o seu espírito de observador na feitura do mesmo. Pou em realce a vantagem que levam os paizes do Prata sobre nós na pratica da laryngectomy. O sr. presidente appellou mais uma vez para a boa vontade de todos os consocios no sentido de adherirem ao Congresso de Buenos Aires em 1940. Em seguida submetteu á aprovação da Casa os themes que foram reservados para São Paulo nesse Congresso. Achando-os um tanto aridos, propôz que fosse escolhido um outro de mais facil desenvolvimento, indicando para essa escolha os nomes dos drs. Raphael da Nova, Homero Cordeiro e Mangabeira Albernaz, o que foi aprovado.

**ESTUDO CRITICO DE UM CASO DE ANOMALIA DO TIMBRE DA VOZ FALADA, TRATADO CIRURGICAMENTE — DR. FRIEDRICH MUELLEB —** "O caso é pouco comum no consultório de um rinologista práctico e suscita interesse especial, quer sob ponto de vista fonético, psicológico, linguístico ou cirúrgico.

Trata-se de uma menina de dez anos, que apresentava a voz falada com um timbre nasal nítido. Por este motivo consultaram os pais, há um ano atrás, um famoso especialista na Inglaterra, o qual removeu as vegetações adenoides e as amigdalas palatinas segundo o método de Sluder. Não nos foi possível descobrir o motivo destas intervenções, pois a paciente não acusava embargo da respiração nasal, nem sofria de rinites catarrais ou de angina, conforme nos informou a família. A operação foi feita sem anestesia, costume bastante divulgado na Gran Bretanha e especialmente em Alemanha. O estado da menina piorou sensivelmente após a intervenção cirúrgica praticada.

No estudo da paciente tivemos que vencer uma série de dificuldades. O pai é escocês e a mãe norueguesa. O noruegues é mais rico em consoantes guturais que a língua inglesa; a menina fala quasi só inglez, relativamente mal o noruegues, ao passo que o pai só se expressa no seu idioma. É difícil julgar o timbre de uma voz infantil, ainda mais nestas condições e a paciente evitava de falar na nossa presença, amedrontada pela lembrança da operação por que passara. Só com muito gosto conseguimos captar a sua benevolência e confiança. O exame revelou que não havia necessidade de outra operação de adenoides, como temiam os pais da criança, e pela conversação constatamos então tratar-se de uma forma leve de rinolalia aberta.

Durante a fala, a comunicação existente entre a rinofaringe e a bucofaringe está ora aberta, ora fechada; a interrupção se faz por um mecanismo complexo, que comprehende o levantamento do véu do paladar, com contracção da uvula e consequente adocamento dos bordos à parede posterior da faringe. Além disto contrae-se o músculo constrictor sup. da faringe, estreitando o arco formado pelas paredes laterais e posterior da mesma. A saliencia

assim formada e que facilita a obstrução completa da passagem, denomina-se orla de Passavant. Quando a passagem para a rinofaringe está interrompida, deve a corrente aérea sair pela boca, caso que se dá na pronunciação das vogais, em intensidade variável, conforme a maior ou menor elevação do véu do paladar.

Esta é menos accentuada para o — "a" —, maior para "o" e "e" e intensa quando se pronuncia "u" e "i".

Na pronunciação das consoantes rinófonas, "n, m, ng" está interceptada a passagem pela boca, escapando-se a corrente aérea sonora pelo nariz. Tudo isto é facil de se provar; um dos métodos mais simples consiste em colocar-se um espelho diante as narinas, pronunciando em seguida vogais ou sons rinófonas. No ultimo destes casos, a superfície polida ficará embaciada.

O som se forma em todos os idiomas sempre de maneira idêntica, por oscilações das cordas vocais. O timbre, pelo contrário, depende da conformação eminentemente variável do tubo sonoro. Mas o que torna uma língua característica e própria, é o emprego combinado de vogais e consoantes — a articulação. Dentro de certos limites, esse jogo é normal; entretanto, podemos revir um distúrbio do timbre e da articulação fina, consequentemente à uma alteração do tubo sonoro. É nesse terreno que se enquadram os conceitos da rinolalia e rinolalia aberta.

A rinolalia fechada divide-se em anterior e posterior; a anterior podemos imitar facilmente, obstruindo as duas narinas; a posterior se apresenta, quando tumorações impedem o transito do ar na parte posterior das fossas nasais ou a rinofaringe. Sua causa mais comum é a amigdala faríngea hipertrofiada. O timbre está em São o e o a produção de consoantes rinófobos torna-se tanto mais difícil, quanto mais intenso for o impedimento da aeração. E' este o sinal característico da

tinolalia fechada, que os rinófonos não podem ser pronunciados, se não parcialmente. Um espasmo crônico de véu do paladar podeoccasionar um distúrbio análogo. O relaxamento do véu do paladar pode, por sua vez, dar ao timbre um caráter nasal (é o Naeseln dos alemães), o que constitue uma alteração funcional, provocando a rinolalia aberta.

Acontece que alguém fecha deficientemente a rinofaringe, quando fala, seja por costume ou por imitação inconsciente de uma pessoa da família que apresente voz nasalizada. Da mesma maneira pode a voz nasalizada aparecer após a difteria, por adaptação deficiente do véu do paladar, embora não haja passagem de partículas alimentícias para o nariz. A fala correta deve então ser aprendida. Por ocasião da deglutição, ajuda o bolo alimentício a calçar o véu palatino para cima, facilitando desta maneira a obstrução, enquanto que a debilidade funcional só aparece na função subtil da fala. É a rinolalia aberta que só aparecer após a remoção de vegetações adenoides muito desenvolvidas, ou após a extração de amígdalas grandemente hipertrofiadas, que antes occasionavam uma rinolalia fechada posterior, transformada depois da operação em aberta, devido a um estado hipofuncional passageiro de véu do paladar, que deve primeiramente adaptar-se às novas condições anatomicas criadas.

Na pequena Ingless devia haver um esboço de distúrbio funcional de uma rinolalia aberta e a intervenção praticada radicalmente sobre as amígdalas palatinas accentuou sensivelmente o desvio funcional, de maneira que a rinolalia aberta realmente ou aparentemente coexistente peiorou.

Foram a avó e a mãe que mais se incomodavam com o timbre nasal da menina; o pai encontrava-a normal, talvez por não divergir manifestamente do timbre normal inglez. Tanto mais causou-nos especie o facto de o

colega britânico ter procedido, por este motivo, uma intervenção de relativa monta. Certamente não levou muito em conta as doutrinas da foniatria; uma intervenção que deixa largas cicatrizes tinha que perturbar o bom fechamento da comunicação entre a faringe média e a rinofaringe, por impedimento funcional, pelo menos parcial do véu do paladar e do músculo constrictor superior da faringe. Geralmente não consideramos suficientemente a delicadeza destes mecanismos. É um motivo por que não somos muito amigo do emprego a larga manu do método de Sluder, porque, ao que parece, não raramente deixa tais sequelas post-operatórias.

Nas amigdalectomias feitas em crianças, conforme a minha opinião, devia-se proceder só a ressecção parcial e não a extirpação total das tonsilas, dada a sua função glandular, conforme se admite hoje em dia.

Infelizmente não ha ainda clareza completa sobre a função das amígdalas palatinas. É de se admitir que as infecções venham geralmente da cavidade bucal, adoeendo mais frequentemente as partes avançadas para a boca. Bastaria então ressecar esta parte intrabucal das amígdalas, deixando-se as partes marginais. Isto não é realizável com rigor matemático, mas devia ser considerado como objetivo, apresentando ainda a vantagem de eliminar o risco de se ferirem os pilares, mesmo intervindo-se com anestesia geral.

A orientação nesta questão deve ser mais funcional e menos mecanico-anatomica. A formação critico-filosofica do médico deixa ainda bastante a desejar. Pensamos ainda mais física — e quimicamente que biofísica — e bioquimicamente. Mas a natureza não é um organismo morto, mas sim vivo; e o "vivo" no dizer de Goethe, é "sempre complexo" e "não simples". "Devemos portanto evitar de retirar toda a amígdala do complexo orgânico".

A interpretação da função é difícil; possivelmente aproximamo-nos mais dos phenomenos essenciais da vida, se pensarmos mais biologicamente.

E' opinião geral, que as amígdalas constituem um elemento de defesa, fabricando leucocitos, destinados a destruirem os micróbios patogenicos. Roeder considerava-as órgãos de excreção para toxinas e bactérias, de maneira que os micróbios, penetrando alhures no organismo, seriam eliminados pelas amígdalas palatinas. De acordo com isto, deveria-se procurar sempre os focos originais de infecção, dentes cariados, seios da face, ouvido, ferimentos infetados cutâneos ou mucosos, quando se instala uma amigdalite. Molestias várias podem conforme a opinião deste autor, se instalar devido a uma deficiencia funcional das amígdalas e por isto combate elle energeticamente a extração das tonsilas.

Segundo Halasz, as amígdalas segregam uma incréção vaso-reguladora para a mucosa das vias aéreas superiores. Observou, após extração radical das tonsilas fortes catharrós pharingeos que cediam quando se administrava aos pacientes extrato amigdaliano. Nos mesmos observamos ultimamente um caso de catharro pharingeo rebelde em uma doente á qual tinha retirado poucas semanas antes as amígdalas palatinas.

Griebel alimentou girinos com tecido tonsilar e observou em seguida distúrbios diversos e parada de crescimento. (Arch. f. Ohrenh. Band 24, Heft 3, 4).

De acordo com estas considerações seria bem admissível a retirada de somente uma parte das amígdalas, porque a constituição infantil pode ser melhorada ainda sensivelmente por um tratamento natural. Com isto referimo-nos especialmente á alimentação; não basta considerar o elemento caloria, devemos dar, pelo menos outro tanto ao factor energético. Com uma nutrição feita com alimentação refinada e pobre em

energias, tais como o assucar beneficiado, o pão de trigo puro, arroz beneficiado e carne em grandes proporções, o organismo não pode produzir os necessarios elementos de defesa. Se, pelo contrario, houver fornecimento de uma alimentação integral e altamente energética, como são leite, frutas, vegetais não cozidos, material rico em sais alimentícios e vitaminas, então a resistencia contra as infecções por parte do organismo infantil será auxiliada, sem o concurso de medicamentos. A alimentação natural, por si só, é o melhor remedio. O organismo humano é um todo e os órgãos difficilmente dispensam uns aos outros pois todos cooperam funcionalmente. Assemelha-se a uma orchestra, cujo maestro é a lei natural, superposta e imamente, lei esta, que transgredimos constantemente na nossa pseudocultura e civilização moderna, em parte, porque já não podemos mais distinguir bem o natural do anatural, confundindo-os frequentemente.

O celebre biólogo Alwin Seifert diz: A toda especie de influencia do vivo, por parte da technica é colocado um limite intransponível, além do qual toda a fortuna se transforma em desdita. Desgraçadamente, não conhecemos muitas vezes este limite. Esta lei não só se restringe á administração imprevidente de saneamento de floresta, campanha e pantanos, combatida por Seifert, mas é applicavel igualmente á Cirurgia. Diz Goethe, que as leis da natureza são obedecidas, mesmo quando se lhes quer fazer oposição; embora pretendendo agir contra elles, colobora-se com a natureza. — Certamente ella garante o seu direito imanente e o homem que transgredir as suas leis deve pagá-lo duramente.

Estas considerações unitárias visam recomendar cautela quanto á amigdalectomias, especialmente por distúrbio funcional. No presente caso é nossa opinião que as tonsilas deviam ter sido conservadas. Recommendamos

á mãe exercícios de fala, afim de fortalecer o fechamento da pharinge. Estes exercícios são dificultades e requerem muita paciencia por parte da mãe, bem mais do que o fariam um tratamento post-operatorio e a administração de um remedio. Recomendamos alem disso um regime dietetico especial. Por um tal tratamento gymnastico e alimenticio, visando a saude em geral, esperei servir melhor ao organismo da creança.

**Commentarios :** Dr. Raphael da Nova : Elogiou o A. pela defesa da conservação das amygdalas palatinas, uma vez que as inflamações destas sejam apenas, intercorrências num organismo debilitado por desvios de alimentação, estados diathermicos, etc. Considera que uma vez a amygdala condemnada por imprestável ou tida como perigosa ao organismo deve ser extraída totalmente e não de uma maneira parcial. Considera que a deficiencia do funcionamento do vêu palatino após a amygdalectomia total é passageira e nesses casos cede sempre com applicações electricas uma vez que não haja cicatriz viciosa por obra da syphilis ou por erro da technica operatoria. Resalta ainda o papel do systema reticulendothelial na defesa do organismo e mostra que as funções de secreção e defesa das amygdalas palatinas se acham praticamente desaparecidas e substituidas pelo fóco de infecção.

Dr. Ernesto Moreira : Accentuou que os casos de rhinolalia que tem observado cedem geralmente em poucos dias, a não ser naquellas circunstâncias apontadas pelo dr. Raphael da Nova.

**CANCER DA LARYNGE; ACQUISIÇÕES THERAPEUTICAS RECENTES. ALGUMAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS —**  
DR. PLINIO M. BARRETO —  
Nesta palestra o autor procurou fazer a divulgação de um artigo do eminentе radiotherapeuta, o Prof. Coutard, publicado na Revista S. G. Obs. 68 (29) : 467-

471, 1939, com o titulo: "X RAY TREATMENT OF INOPERABLE CARCINOMA OF THE LARYNX".

Referiu-se ás conclusões a que o Prof. Coutard chegou pelo estudo dos casos por elle (Coutard) tratados de 1921 a 1932, e disse que a larga experiença daquelle autor lhe permite afirmar que: Clinica e histologicamente existem duas variedades principaes de cancer da larynge: cancer composto de cellulas indiferenciadas, tendo uma grande tendencia para uma precoce e larga disseminação no tecido vasculo-conjuntivo frouxo, e cancer de cellulas diferenciadas tendo uma especial affinidade para os musculos, produzindo a sua immobilisação, e sem nenhuma tendencia á disseminação.

O Cancer composto de cellulas indiferenciadas é tratado com sucesso e facilmente pelo Raio X, ao passo que, por sua tendencia á disseminação, elle não é biologicamente operavel, embora o seja tecnicamente.

O cancer composto de cellulas diferenciadas está no domínio da cirurgia, e usualmente não é curável pela radiação, por causa da intima relação entre as cellulas do musculo e as cellulas do carcinoma.

Disse o dr. Plinio que o Prof. Coutard nos explica que o cancer de cellulas indiferenciadas vivendo no tecido vasculo conjuntivo frouxo, que é tambem indefferenciado e desorganizado, nelle as suas cellulas se multiplicam rapidamente, respeitando os tecidos differenciados, taes como: nervos, vasos e musculos. E porque as cellulas estão em contacto pelos espaços lymphaticos com os os vasos lymphaticos, cedo surge adenopathia regional, cuja evolução é irregular, algumas vezes rapida e algumas vezes estacionaria ou mesmo regressiva, quando originada do vestibulo ou da cavidade ventricular.

Esta é a razão por que este tipo de cancer, cujas cellulas são jovens e altamente frageis em presença dos agentes externos, de-

sapparece promptamente sob a influencia da radiação, não importando o seu tamanho, isto é, quer o carcinoma seja grande, quer pequeno, quer operavel, quer não.

Coutard faz ver que neste tipo, as partes invadidas permanecem ligeiramente moveis, e o neoplasma sob o influxo da radiação, desaparece sem apparente modificação do tecido conjuntivo, no qual elle se desenvolve. Ao passo que, por causa da tendência à disseminação, elle nunca é biologicamente operavel, porque a cirurgia aumenta o perigo da disseminação. E, se alguém escolher a cirurgia para tratar uns casos destes, Coutard aconselha que a operação seja precedida por pequenas doses de Raio X (uns 3.000 r. dados em 10 a 12 dias), porque as doses diárias de 250 a 300 r. bastarão para fazer desaparecer as cellulas mais fargeis, que são elementos mais perigosos do ponto de vista post-operatorio. A operação deve seguir a irradiação, no mais tardar, 17 dias depois do primeiro tratamento de Raio X.

Quanto ao cancer de cellulas diferenciadas, disse o dr. Plinio Barreto, que segundo affirma o Prof. Coutard, tem uma tendência a viver em intima associação com os musculos. Esta infiltração muscular é uma feição peculiar e característica das cellulas diferenciadas, o que resulta, não sómente na rapida immobilização do musculo, mas numa intima associação das cellulas neoplásicas e fibras musculares, que é impossivel separar. Se conseguirmos esterilizar uma lesão deste tipo, por meio do Raio X, resulta que é muito raro (diz o proprio Coutard), sempre se desenvolve uma destruição necrotica da area tratada, quer imediatamente, quer depois de 3 meses, 6 meses ou um anno.

A eliminação da porção necrosada, que pode ser de partes molles ou cartilaginosas, requer um esforço muito grande por parte dos tecidos e demora, algumas vezes, mais que 2 annos até a restauração completa.

Esta é a razão por que Coutard acha que o cancer da larynge de cellulas diferenciadas pertence antes ao dominio da cirurgia que ao da radiologia. E, sómente quando houver uma immobilização incompleta é que o caso pode ser tratado pela irradiação.

Para os casos inoperaveis, Coutard aconselha uma tracheotomia e, depois, uma operação intencionalmente incompleta, afim de conservar a maior parte da larynge. Esta operação, cujo fim é remover as porções mais radiosistentes da lesão e os tecidos infectados e necrosados, é seguida tão depressa quanto possível pela irradiação completa, porque durante o tempo imediatamente depois da operação ha uma phase de maior actividade cellular, que torna as cellulas tumoraes mais radiosensitivas.

O dr. Barreto ainda se referiu aos diferentes methodos de irradiação empregados pelo Prof. Coutard.

1.º — O tratamento diario e continuo, pelo qual a dose total (mais ou menos 7.000 r.) é administrada :

em 20 a 25 dias para os ca com cellulas pouco diferenciadas ;  
em 15 dias, no maximo para os ca com cellulas muito diferenciadas ;

em 40 dias, para os ca com celulas completamente indiferenciadas.

2.º — Tratamento periodico, isto é, não continuo, pelo qual a dose total é administrada em 2 ou 3 periodos.

Duas outras modalidades de tratamento tambem são empregadas : o tratamento preparatorio e o palliativo.

**Tratamento Preparatorio :** — Consistindo numa pequena série de applicações muito curtas (de 5 a 50 r. por dia) durante 13 a 26 dias, com o fim, de não destruir as cellulas neoplásicas, mas reduzir a infecção e melhorar as condições do tecido conjuntivo vascular.

**Tratamento Palliativo :** — Consistindo tambem em uma pequena

série de applicações, porém com doses diárias ainda mais fracas (5 a 25 r.) e com o fito exclusivo de modificar favoravelmente o tecido vascular conjuntivo. Este tratamento deve ser usado nos casos em que é impossível administrar um tratamento efficaz, devido a uma pronunciada caquexia, ou nos casos em que a irradiação não foi bem sucedida, ou em casos de recidiva.

O dr. Barreto falou tambem a respeito do que o Prof. Coutard denomina periodo critico de recidiva, para os casos tratados pela irradiação, e que apparece no 6.<sup>o</sup> anno apóis a mesma. E nos disse que Coutard pretende que este periodo critico depende da insuficiencia das doses diárias nos 3 ultimos dias de tratamento. Com o tratamento preparatorio, e com o aumento das doses nos 3 ultimos dias, o periodo critico pôde ser evitado.

O dr. Barreto apresentou uma série de observações suas, para exemplificar e para facilitar a comprehensão das ideias do Prof. Coutard.

As observações apresentadas traziam uma farta documentação clínica, radiographica e anatomo-pathologica, e o autor se esforçou para bem explicar a orientação therapeutica, que obedeceu sempre o modo de ver do Prof. Coutard.

**Commentarios :** Dr. Francisco Hartung : Elogiou a exposição do A., principalmente pela elucidação que fez de alguns pon-

tos, ainda em controvérsia no assumpto em apreço. Referiu-se ás 300 observações de laryngectomia de Cetrá, dizendo que este A. parece não dar muita razão á Escola Franceza. Dahi talvez o facto de Cetrá não observar as regras estabelecidas por Coutard, quanto á divisão dos tumores em operaveis e irradiaeveis. Por ultimo pediu ao A. informações sobre os seguintes pontos: 1) deve-se fazer novo tratamento de radio, no caso de recidiva apóis 6 annos e primeiro tratamento? 2) se ha influencia do facto raça no apparecimento do cancer, 3) num canceroso de cellulas pouco differenciaes e portanto mais beneficiável pelo radio, mas sem recursos financeiros, para o tratamento que é caro, deve ser operado?

O dr. Plinio de Mattos Barreto respondeu que a irradiação pode ser tentada uma segunda vez, porém ella já terá menores probabilidades de sucesso, devido ás alterações produzidas nos tecidos pelo tratamento anterior.

Disse tambem que elle tem observado, na Clinica da Faculdade de Medicina e no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, maior numero de hespanhoes entre os portadores de cancer da larynx.

Terminou dizendo que o cancer de cellulas indifferenciadas deve sempre ser tratado pela radiotherapy, e que os cancerosos mesmo os mais pobres, quer na Santa Casa, quer em clinicas particulares, encontrarão sempre oportunidade para serem tratados.

## SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 29 DE MAIO

Presidente : DR. J. ONOFRE ARAUJO

**SOBRE ALGUMAS OPERAÇÕES DE COFFEY-MAYO E SEUS RESULTADOS — DR. SYLLA MATOS** — O A. inicia suas considerações rendendo homenagem ao insigne cirurgião americano Charlie Mayo, morto recentemente. Faz considerações históricas sobre a operação, dizendo que embora não tivesse sido Cof-

fey e Mayo os los. a practical-a, a elles cabiam as glórias, por a terem systematizado e procurado diminuir os riscos operatorios. A seguir, por meio de projecções, demonstrou rapidamente as trez técnicas de Coffey-Mayo, fazendo allusão aos principaes motivos que talvez tenham levado os AA. a modificar por duas vezes,

sua technica primitiva. Relatou tambem a modificação de Cabot e as suas vantagens. Expos, em seguida, suas observações, em numero de oito, que divide em dois grupos :

1.<sup>o</sup>) Operação feita em pacientes portadoras de graves lesões de bexiga e ureteres sob partos e operações.

2.<sup>o</sup>) Caso de extraphia vesical.

Fez o confronto dos resultados que no 1.<sup>o</sup> grupo foram maus e no 2. ótimos.

Comprovou com radiographias a perfeita cura no caso de extraphia vesical onde os rins funcionam admiravelmente. Por fim, resulta o grande valor do pre e post - operatorio defendido por Higgins nestes casos. Tece ainda commentarios, baseado na opinião de grandes especialistas, taes como Heuman, Campbell, Mickulich Radecki etc. salientando o que diz Heuman sobre os perigos da operação e os meios de evita-los. Terminou dizendo que a operação quando bem sucedida é recebida pela paciente mais como graça divina do que sucesso operatorio como affirma Heumann.

**Commentarios :** Dr. Jarbas Barbosa de Barros : Felicitou o A. pelo exito obtido, o que atribue à perfeição da technica e bom preparo do doente. Recordou caso pessoal com o dr. Jayme Rodrigues, de extrophia vesical feminina em creança de 5 annos em que usou a mesma technica, mas sem resultado, falecendo a doentinha após a intervenção.

Observou tambem outro caso identico em creança de 3 annos, tendo deixado a intervenção para ser praticada mais tarde. Salientou a importancia de pyelographia descendente para o estudo pre e post-operatorio. Recordou que ultimamente Higgins pratica a intervenção em lactentes com optimo resultado o que talvez venha a ser aceito mais geralmente, pois o apparelho urinario nessa idade tem mais probabilidades de se apresentar indemne de infecção.

O dr. Sylla Mattos agradeceu o commentario do dr. Jarbas de Barros, em se tratando de um urologista acatado em nosso meio.

O sr. presidente congratulou-se com o A. pelo trabalho, não só pelo exito operatorio obtido, como pelas considerações feitas ; e a propósito da observação do dr. Jarbas de Barros sobre a operabilidade precoce desses casos, como diz Higgins, lembrou que também a prothese dos vicios de conformatão da abobada palatina e labio lepurino é hoje praticada pelos especialistas o mais cedo possível ; os resultados são mais animadores do que quando se deixa a intervenção para mais tarde.

**MASTOPATHIA CHRONICA CYSTICA — DR. ANTONIO FERREIRA DO VALLE** — O A. estudou minuciosamente os tumores da mamma, taes como adenoma, adenofibromas, carcinomas, scirros etc., para chegar, enfim, ao motivo do trabalho que é a mastopathia chronica cystica, de cuja entidade morbida apresenta uma observação com relatorio anatomo-histopathologico e microphotographias, estabelecendo o diagnostico diferencial. Expos a seguir, sua conducta operatoria, therapeutica e respectivo diagnostico.

**Commentarios:** Dr. Delascio : Felicitou o A. pelo interessante trabalho. Fez commentarios sobre a pathogenia a clinica therapeutica da molestia de Reclus.

Dr. Hirsch Shor : Disse que no trabalho faltava a definição da affecção e a orientação therapeutica a ser adoptada. Pensa que dever-se-ia chamar de hyperplasia epithelial cystica da mamma. No diagnostico diferencial, tres entidades devem estar presentes ao especialista : a hyperplasia epithelial cystica, o papiloma e o carcinoma da mama. Lembra que a hyperplasia pode dar enfartos ganglionares na axila, bem como a retracção da mama e do mammillo, principalmente quando o processo se desenvolve sob o mammillo. Disse ainda

do valor da biopsia e da idade do paciente, pois a hyperplasia é mais frequente dos 20 aos 30 anos, o papiloma dos 30 aos 40 e o carcinoma dos 40 aos 50 anos de idade.

O dr. Wolff Neto falou da tendência actual a considerar a afecção que se discute, como disfunção endocrina, lembrando a therapeutica hormonal pela progesterina e Testoviron.

Dr. Sylla Mattos: focalizou o diagnostico diferencial entre a mastopathia chronica, cystica e o carcinoma do seio. Insistiu sobre a biopsia.

#### Evolução DA ABERTURA DO UTERO NAS CESAREAS

— EDWIN F. ZINK — O A. iniciou suas considerações sobre a cesarea classica, dizendo que é uma intervenção que ja passou para a historia da obstetricia. Em seguida passa ao estudo das varias incisões do segmento inferior; longitudinal, transversa recta, transversa em arco. Faz uma exposição rapida do conceito de Goerthler sobre a estructura da musculatura uterina, para concluir que o processo mais physiologico da abertura do utero é o do simples afastamento digital das fibras, segundo o processo de Geppart.

**Commentarios :** Dr. Sylla Mattos: Disse que quando o A. falou do segmento inferior por afastamento digital da região, após

praticar uma botocira no S. I., suficiente apenas para deixar passar o dedo, que iria, ao depois, alargar a incisão, havia comparado o tempo operatorio aquelle que se pratica quando se afasta so muscleos rectos na abertura da parede abdominal. Pensa, no entanto, que a comparação não exprime bem a maneira de proceder, pois hoje, em boa technica, não se deve afastar os rectos com os dedos, como era uso em outros tempos.

Dr. Edgard Braga: Disse que, ha tempo, só vem praticando a incisão de utero seguindo o preceito de Geppert achando que é uma technica util e de acordo com o conceito physiologico de architectura do muscle, costuma, no entanto, iniciar a dissociacão das, fibras com uma tentacula antes de fazer o afastamento digital.

O sr. presidente agradeceu a comunicação do A. divulgando o processo da abertura do utero baseado no conceito actual de sua architectura estudado por Goerthler. Lembrou que estes estudos provavelmente hão de requerer outros sobre a inervação do orgão gestante.

O conceito da inervação antagonica sympathica e parasympathica para as fibras longitudinaes e circulares, como se acreditava ha algum tempo, não se coaduna bem com essa architectura funcional das fibras musculares do utero.

#### SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 4 DE JUNHO

Presidente: DR. AYROSA GALVÃO

bem localizado, no nosso Instituto de Hygiene que pelas suas actuaes instalações bem cumpriria essa finalidade com minimo onus para os cofres publicos.

**CENTRO DE SORO-PROPHYLAXIA** — DR. RUBENS AZZI LEAL — O A. passou em revista o valor da injecção do soro de convalescentes em diversas molestias infecciosas, principalmente, sarampo poliomielite, escarlatina e typho exanthematico. Analysou o valor desse methodo, como arma therapeutica e prophylactica e sugeriu a criação entre nós do "centro de soro-prophylaxia" que acredita, seria muito

**Commentarios :** Dr. Francisco Cardoso: Teve occasião de observar esse serviço em Paris, serviço que existe nas cidades mais importantes do Paiz. Seria uma idéa muito louvável applicar essa mesma organização em nosso Paiz.

**INVESTIGAÇÕES SOBRE A DERMATITE LINEAR SERPIGINOSA DO LITORAL PAULISTA — Drs. ATROSA GALVÃO e FRANCO DO AMARAL** — Os AA. trabalhando com culturas puras de larvas de "Ancylostoma brasiliense", Gomes da Faria, 1910, provenientes de cães capturados na estação balnearia do Guarujá conseguiram reproduzir em dois voluntários a "dermatite linear serpiginosa" igual à de casos provenientes do litoral paulista. Foram isoladas larvas de ancylostomos nos pontos os mais frequentes das praias do Guarujá e São Vicente, como em outras aparentemente limpas. (Foram feitas pesquisas só nestas duas localidades).

Cães capturados na cidade de São Paulo só se mostraram infestados com "A caninum", ao passo que os do litoral apresentavam esta espécie e o "A. brasiliense" em diferentes proporções.

Assim provado experimentalmente que a "dermatite linear serpiginosa" do litoral paulista, como em outras partes do mundo, é produzida pela larva do "A. brasiliense" e sendo os cães os responsáveis pela sua disseminação, a presença destes nas praias deve ser rigorosamente proibida. Os AA. observaram a influência da sensibilização de uma primeira inoculação na intensidade dos fenômenos reacionais locais desta dermatite.

#### SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE JUNHO

Presidente : DR. EDGARD P. CEZAR

**EM TORNO DOS ACCESSOS AFFEKTIVOS - EPILEPTICOS DE BRATZ-LEUBSCHER. A PROPOSITO DE UM CASO** — DR. VIRGILIO C. PACHECO — Começou o A. salientando a dificuldade de diagnóstico, nesta modalidade de epilepsia, diagnóstico esse que se baseia em grande parte, no estudo retrospectivo da conducta habitual e condições temperamentais desses pacientes. Leu a observação que deu margem ao trabalho, concluindo que o observando pode ser enquadrado entre os epilepticos affectivos de Bratz e Leubscher, cuja symptomatologia fundamental se caracteriza pelo tripe : — irritabilidade, dysthymias endogenas e intraquillidade.

Referiu-se aos surtos psychosicos que o paciente apresentou por duas vezes, o primeiro em 1934, com a duração de uma quinzena e cuja terminação coincidiu com o aparecimento de duas crises convulsivas; o segundo que se fazia acompanhar de rhinite vaso-motora, prolongou-se de outubro de 1937 a abril de 1938 e só desapareceu, após cinco accessos convulsórios, provocados pelo em-

prego do Cardiazol endovenoso. Concluiu o A., que recorreu a tal terapêutica, na suposição de que, talvez, os episódios delirantes apresentados pelo observando, fossem consequência do estado alérgico de que era portador. Passou em revista os vários trabalhos que tratam da correlação entre epilepsia e alergia, aventuado a hypothese que, no presente caso, as crises convulsivas, tanto expontâneas como provocadas, teriam agido benificientemente, como mecanismo desensibilizador.

**Commentarios:** Dr. Annibal Silveira : Achou muito interessante a comunicação. Considerou opportuno relembrar os casos, de que tem conhecimento, em que injecções de Cardiazol não produziram ataques em doentes epilepticos que haviam apresentado convulsões pouco antes da injeção, ao passo que as crises motoras se obtinham facilmente quando os ataques espontâneos eram de esperar-se ou haviam surgido dias antes. Parece haver analogia entre os factos experimentaes e os que o dr. Virgilio Pacheco acaba de relatar.

**Dr. Luiz R. do Vale :** Alludiu elogiosamente ao trabalho que acabava de ser exposto.

**Dr. E. Pinto Cesar :** Chamou a atenção para a dificuldade do diagnóstico de epilepsia no doente da observação do dr. Virgilio. Outra poderia ter sido mesmo a interpretação, se não tivessem sido observadas crises epilepticas identificadas por dois médicos como taes. Focalizou, a seguir, a dilata-

ção do campo de indicações da convulsoterapia, o que p. de comprovar na sua redente viagem ao Peru; indicado o método, de inicio, para o tratamento da esquizofrenia, já está sendo empregado na epilepsia, na histeria, na psychastenia. Agradeceu a contribuição do dr. Virgilio Pacheco, que fez um estudo brilhante e proveitoso do seu paciente.

### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 19 DE JUNHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**A GIARDIASIS HUMANA, PARTICULARMENTE NA SUA FORMA HEPATO-BILIAR — DR. JOÃO MANOEL ROSSI** — O A. passou em revista o histórico, a morfologia, a etiologia, o "habitat" e a pathogenia da "giardia-intestinalis". Entrou no estudo clínico nas formas intestinais e extra-intestinais, particularmente hepato-biliares. Deu os seus resultados em 26 casos observados, dos quais 16 apresentavam syndrome doloroso do hypochondrio direito. Sobre o tratamento referiu os vários medicamentos propostos e julga o 914, em seus casos, aquele que melhor resultados determinou. Quanto à Atebrina, o A. se manifesta favorável, fazendo votos para que o optimismo dos AA. seja justificado.

**Commentários :** Dr. Mendonça Cortez: O trabalho do A. apresentado de uma forma segura representa o estudo conscientioso de 5 anos, e devido à sua honestidade o A. não quis relatar os resultados magníficos que temos tido com a Atebrina, a ponto de registrarmos a negatividade das lamblias.

Em caso recente, de uma moça que apresentava cólicas de figado, o exame radiográfico foi normal e o exame de fezes foi positivo para Lamblias. Recorremos para esse caso ao emprego da atebrina, durante 5 dias, na dose diária de 3 comprimidos e as cólicas não mais se repetiram. Esse caso

vem mostrar que não são as intubações repetidas que vem melhorar o quadro symptomático mas sim o ataque medicamentoso ao agente etiológico.

**Dr. Raphael Picerni :** Pergunta ao A. qual a concentração que tem empregado nessa terapêutica

**Dr. Eurico B. Ribeiro :** Felicita-se por ter provocado esse intercâmbio de idéas entre cirurgiões e clínicos, aproximação essa que é um dos maiores passos para o aperfeiçoamento dos nossos resultados terapêuticos.

**Dr. João M. Rossi :** O caso em que encontramos lamblia na vesícula, foi um achado directo, em um dos doentes operados pelo dr. Eurico B. Ribeiro, de cancer do estomago e que pela punção da vesícula e exame immediato da bile encontramos diversas formas de Lamblias. Quanto à concentração do 914, empregamos com a mesma técnica do uso endovenoso, como na técnica anti-luetica.

**SYNDROME DE RECKLINGHAUSEN — DR. JOSÉ DE MORAES LEME** — O A. teve occasião de observar uma doente com syndrome neuro-cutanea de von ... Recklinghausen, operando-a de 2 enormes nevromas plexiformes da coxa direita e dumha hernia inguinal do mesmo lado; a propósito desse caso, faz um resumo conjunto de todo o assumpto. Discute as varias denominações que

teem sido dadas á affecção, condenando o termo "neurofibromatose" e achando que, no estado actual do problema é preferivel falar em "syndrome" e não em "doença" de Recklinghausen. Enumera os elementos clinicos, que separa em 2 grupos: os que são peculiares ao syndrome e os que a ella se costumam associar; classifica depois as varias formas clinicas — generalizadas, dissociadas e complicadas. Sobre a anatomia pathologica refere-se ás doutrinas do "neurofibroma" do "schwanoma", bem como ás eclecticicas que parecem tornar ambas aquellas aceitaveis. No capitulo referente aos symptoms, faz ver o contraste entre a riqueza habitual dos signaes objectivos e a pobreza de symptoms subjectivos, sendo por vezes um elemento clinico de associação que leva o doente a procurar tratamento. Descreve em seguida a evolução, o diagnostico, o prognostico e a therapeutica, esta exclusivamente cirurgica e reservada á retirada dos tumores que mais incomodam por seu volume e localização, por isso que a recidiva é de regra. Em capitulo complementar, ocupa-se da osteite fibrokystica generalizada de Recklinghausen, expondo suas relações com o metabolismo do calcio e as deste com as parathyreoides; resume o estado actual da questão das disfunções destas glandulas; fala do provavel parentesco pathogenico entre o syndrome óseo de Recklinghausen e outras vizinhas (Paget, osteomalacia, etc.) e finalmente das possiveis relações entre os dois syndromes que von Recklinghausen descreveu.

**Commentarios :** Dr. Eurico B. Ribeiro : O assumpto da comunicagão do A. é muito opportuno, porquanto está mesmo em discussão a questão da dualidade ou unidade do processo. A escola francesa admitté 2 doenças e ba-

seia-se nas differenças radiologicas existentes na affecção ossea em confronto com as existentes na molestia cutanea. Quando aqui na Associação fez uma comunicação sobre o assumpto, um dermatologista commentou dizendo que a 1.<sup>a</sup> molestia de Recklinghausen se caracterizava pela inexistencia de lesões osseas, lesões que entretanto existiam no caso apresentado. Folga em saber que o dr. Moraes Leme, que tão bem vem estudando o assumpto, aceita a opinião de que se trata de duas doenças diferentes. Deseja perguntar ao A. si encontrou lipoma associado ás demais lesões, pois nesse seu citado caso havia lipomas, o que o levou, nessa occasião, á hypothese de que se poderia associar a lipomatose na symptomatologia da 1.<sup>a</sup> molestia de Recklinghausen. Em mais de 2 casos encontrou lipomas e em geral são casos de evolução extremamente adiantada. Talvez seja um symptom tardio. Não sabe si o A. radiographou a sua doente, mas pela photographia percebem-se deformidades apparentes e folga em ter trazido um numero do Journal de Chirurgie, onde vem descrito um caso de lesões osseas da 1.<sup>a</sup> molestia de Recklinghausen, caso que é quasi uma reprodução do apresentado pelo A. E' também interessante verificar que as lesões osseas estão em connexão com as lesões cutaneas mais intensas.

Dr. Moraes Leme : Agradeceu os commentarios do sr. presidente, autor de um dos melhores trabalhos que conhece sobre o assumpto. Em sua doente não observou lipomas, mas a hypothese do sr. presidente tem muita razão de ser e aliás muito bem defendida no trabalho que publicou. Quanto á radiographia da nossa doente, foi praticada, mas não foram encontradas dystrofias osseas.

**PHILERGON - FORTIFICA DE FACTO**

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JUNHO

Presidente : DR. VICENTE FERRÃO

**DYSOSTOSIS MULTIPLAS —**  
**PROF. RAPHAEL DE BARROS e DR. J. FIGUEIREDO —** Sob o ponto de vista radiológico o caso apresentava resumidamente os seguintes caracteres : crânio volumoso com relação ao massiço facial, disjunção de suturas, sella turcica alargada, de grande abertura superior. Thorax deformado em consequência da escoliose, afilado devido ao encurtamento accentuado das clavículas que constitue um dos mais evidentes signos da lesão e certa aplasia das omoplatas. As epiphyses tanto dos ossos longos dos membros

superiores como dos inferiores se apresentam deformadas, tumefactas com características lesões osteo-chondrais, das grandes articulações e sobretudo ao nível das radio-carpianas onde as alterações são mais intensas.

**Commentarios :** Dr. Pedro de Alcantara : Agradeceu aos AA. os ensinamentos obtidos em caso tão minuciosamente estudado.

Dr. Vicente Ferrão : Fez suas as palavras do dr. Alcantara e acrescentou que se felicitava pelo verdadeiro curso sobre dysostoses que vêm os AA. realizando, já em sua 3.<sup>a</sup> comunicação.

## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JUNHO

Presidente : DR. TACITO SILVEIRA

**ACALASIA — PROF. DR. EDUARDO MONTEIRO —** O A. faz uma introdução histórica e deu a definição da palavra, dizendo que indica a falta de relaxamento do esfíncter a ação da onda peristáltica que percorre o esôfago. Aponta à dispersão da literatura e frisa que, nos tratados, megaeôfago e megacôlon são estudados em capítulos separados, talvez por desconhecimento dos estudos da escola inglesa e brasileira. Entra em seguida na análise de cada esfíncter. Estuda os esfíncteres funcionais do esôfago, o antrô esofágiano ou cardia. Mostra que se não deve separar cardia fisiológico do cardia anatomico, e diz que rigorosamente não é um esfíncter. Estuda a pathogenia do mesoesôfago, cita e analisa as teorias propostas, mostrando que apenas contra a acalasia não há argumentos desfavoráveis.

Estudou o mesmo fenômeno no pyloro, duodeno, colons. Fala mais detidamente em megacôlo, megasigma e megarecto. Interpretou a pathogenia da acalasia

de um modo geral e mostrou que a teoria de Etzel, de avitaminose deve ser aceita.

**VOLUME RADIOLOGICO DO CORAÇÃO — DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO —** O A. apresentou uma fórmula própria para o cálculo do volume cardíaco baseada na superfície da projeção antero-posterior e no diâmetro longitudinal.

$$\frac{S^2}{L} \times 0,84$$

Fez o estudo comparativo com os outros métodos, mostrando as vantagens e a simplicidade da fórmula proposta. Apresenta em seguida, o resultado das observações de 110 indivíduos normais, mostrando as curvas do volume em função do peso corporal, para o adulto entre 15 e 60 anos, entre nós.

**Commentarios :** Dr. Carmo Mazilli, que felicitou o A. pelo trabalho, apoia a unificação dos métodos de determinação de volume do coração.

Em seguida falou o dr. Mesquita Sampaio que sugeriu seja nomeada uma comissão que influa sobre os radiologistas no sentido da unificação dos methodos.

O sr. presidente pôz a sugestão em discussão, o que foi aprovado pela Casa.

O dr. Mesquita Sampaio: Per-guntou ao A. se já tem alguma opinião sobre o meio da unificação.

O A. responde ao dr. Mesquita Sampaio que para não ferir susceptibilidades o assumpto deve ser resolvido em forma de inquérito entre os varios radiologistas.

O dr. Oswaldo Comodo pediu a palavra para dizer que acha que os proprios clínicos podem cooperar, para a unificação, pedindo o volume cardíaco sempre pelo mesmo methodo.

Dr. Paulo de Toledo sugeriu que a mesa peça, por um officio, a opinião de cada radiologista.

Dr. Carmo Mazzili achou que a mesa deve nomear uma comissão que resloveria sobre o assumpto.

Dr. Paulo de Toledo propôz-se a mesa essa comissão.

O sr. presidente apoiou a idéia, ficando resolvido que seja a própria mesa essa comissão.

### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JUNHO

Presidente : DR. JOÃO GRIECO

**BASES PARA A LUTA ANTI-TUBERCULOSA NO ESTADO DE SÃO PAULO — DR. NESTOR REIS — 1)** Os dados epidemiológicos ao nosso alcance são insuficientes para qualquer estudo preciso.

2) A luta antituberculosa deve ser apresentada sob bases exequíveis.

3) Todos os esforços devem ser somados.

4) A protecção por grupo é uma garantia de estabilidade proteccional.

5) É indispensável uma maior colaboração entre o ensino e a hygiene.

6) A armadura legislativa referente à tuberculose no Estado de São Paulo, nas suas linhas geraes, permite, vantajosamente a extensão de luta anti-tuberculosa.

7) Os centros de saude vem baratear a organização dos Dispensários, situando-os dentro dos conceitos medico-sociaes contemporaneos, contribuindo assim, para maior efficiencia da luta anti-tuberculosa.

8) Ao mesmo tempo que se forem creando novos órgãos de armamento anti-tuberculoso, torna-se indispensável a melhoria dos

serviços existentes e a entrosagem dos órgãos específicos ou não, estaduais, municipais, federaes e particulares.

9) O aproveitamento dos apparelhos de raio X das Santas Casas do interior, sem onus para elles, representa uma medida de grande alcance social.

10) A construcção de pavilhões para tuberculosos nas Santas Casas do interior, obedecendo o criterio de regionalização dos doentes representa solução mais racional do problema da hospitalização do tuberculoso no Estado de São Paulo.

11) Seria de recommendar a revisão das leis que regulam o funcionamento das Santas Casas.

**SUBSIDIOS PARA UM PLANO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR AOS TUBERCULOSOS NO ESTADO DE SÃO PAULO — DR. DIÓGENES CERTAIN e ODAIR PEDROSO — 1)** Dada a insuficiencia dos dados de mortalidade, o cadastro dos doentes registrados por zonas e passados pelos hospitais especializados ou não, no Estado de São Paulo, representam um elemento de primeira grandeza para a distribuição de sanatorios a serem criados.

2) O estudo da incidencia de casso por zona, veiu pôr em destaque a disseminação da molestia no interior do Estado e como tal revelar, a extensão não presumida do indice epidemiologico, dentro de certos limites.

3) A tuberculose disseminada pelo interior exige do governo uma protecção peripherica.

4) As necessidades em materia de leitos para cada zona podem ser agora avaliadas "grosso modo" diante do numero de casos registrados.

5) O registro do numero elevado de japonezes tuberculosos aconselha cautela e estudos na politica de immigração.

#### SUBSIDIOS PARA UM PLANO DE ASSISTENCIA HOS-

PITALAR AOS TUBERCULOSOS NO ESTADO DE SÃO PAULO — Drs. NESTOR REIS e ODAIR PEDROSO — 1) o sistema de financiamento actual dos hospitais de São Paulo, permite a elaboração de um plano, com a cooperação da União, do Estado dos Municipios e do particular.

2) O estudo da procedencia dos doentes por zonas hospitalares, atravez os hospitais para tuberculosos e Santas Casas, oferece a base mais segura e immediata ao nosso alcance, para a regionalização dos organismos hospitalares da luta anti-tuberculosa.

3) O criterio empregado para o desenvolvimento deste plano, representa uma base de organização com as nossas necessidades e as nossas possibilidades.

#### SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE JUNHO

Presidente : Dr. NESTOR MOURA

**REPERCUSSÃO RENAL DA CALCULOSE VESICAL** — Drs. Darcy V. ITIBERÉ, EDUARDO W. S. ARANHA e ORLANDO MELLONE — Os AA. depois de assignalarem a moderna orientação da urologia, de encarar a molestia do sistema e não mais a do orgão, accentuam que este modo de ver é importante para a orientação do diagnostico e tratamento das molestias vesicais. Expõem a seguir os varios mecanismos pelos quaes um calculo na bexiga repercute sobre o tracto urinario superior, mostrando o modo de acção, quando o calculo age como factor obstrutivo, directamente sobre os meatus ureterales ou indirectamente produzindo a retenção vesical. Estudam a seguir a acção da infecção e que a calculose vesical predispõe; não só a cystite secun-

daria calculosa que pode levar ao estadio de bexiga contrahida, como em uma de suas observações, como tambem a acção directa da infecção sobre os rins. A infecção renal secundaria à calculose vesical assume muitas vezes a importancia principal para o paciente. Commentam em seguida mais 3 observações em que ao lado de uma pyeloureterectasia causada pela obstrucção calculosa vesical, havia infecção renal gravissima. Todos os casos foram fataes apesar de rigoroso tratamento pre e post-operatorio da retirada do calculo e da drenagem vesical. Concluem dizendo que nos casos graves de repercussão renal por calculo vesical é preferivel tratar primeiramente os rins realizando a nephrostomia do rim melhor, deixando a lithotomia para tempo opportuno.

#### DEPARTAMENTO DE CULTURA GERAL, EM 27 DE SETEMBRO

**VIDA, MORTE, REVIVESCIA** — Prof. DR. CARLO FOÁ — Referiu-se o conferencista á "luta

externa contra a morte", a qual não passa de um meio, entre os tantos que a arte medica tem des-

coberto e descobrirá para prolongar a vida humana, dentro dos extremos limites que lhe são concedidos pela natureza. Mas, afinal, as palpebras que, por um momento, se reabriram, fecham-se para sempre a para sempre emmudecem os labios nos quaes desportará a palavra de extrema despedida. Deixemos que então, lentamente, gradualmente, todos os tecidos desapareçam e se desaggreguem. Que importa se, por uma ou por cem horas, algumas visceras sobreviverão realmente ou potencialmente? Para que? As dispersas unidades sobreviventes jamais poderão recompor a vida do organismo de que fazem parte, não poderão fazer voltar à vida o "eu" indivi-

dual, nem formar jamais a inteira e harmonica unidade funcional, necessaria às manifestações terrenas do espirito, porque o individuo terá irrevogavelmente, irreversivelmente partido para sempre.

"Sei bimba e non sai  
"per sempre" che voglia dir mai!  
Rispose: — "Non so che vuol  
dire morire?"

"Per sempre" vuol dire morire:  
si — addomenarsi la sera:  
restare così come sera  
Per sempre!"

E então, somente então, se accenderá para sempre, livre e verdadeiramente immortal, a luz do espirito".

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 24 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. DR. JAIRO RAMOS

**O PAPEL DA HYPOPHYSÉ EM PATHOLOGIA** — PROF. DR. ANNES DIAS — O A. tratou dos diferentes disturbios hypophysarios, dos quadros clinicos consequentes ás combinações e fi-

nalmente apresentou um quadro completo de todas as secreções hypophysarias e suas inter-relações. O trabalho será publicado na integra pelos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE SETEMBRO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

**PSYCHOLOGIA DA PATERNIDADE** — PROF. DR. A. ALMEIDA JUNIOR — Trata-se, declarou o A., de capitulo de um estudo que vem fazendo e que abrange a biología, a physiologia, a sociologia e a medicina legal da paternidade. O presente trabalho tem por escopo essencial indagar da genese do amor paterno. Será instinto, como querem alguns? Será, como opinam outros, sentimento nascido e avivado sob a

pressão social? O dissídio tem influenciado até a elaboração de certas leis: a do infanticidio e a da investigação da paternidade. Passou o A. em revista costumes e instituições das sociedades humanas, que provam não ser instintivo o amor paterno: "complexo de Saturno" dos povos primitivos e das "Siete Partidas", de Affonso o Sabio, infanticidio ritual, venda dos filhos pelo pae, servidão, severidade, maus tratos,

desinteresse. Referiu, a propósito, factos da civilização indígena e da vida colonial brasileira. Deu, como causas de hostilidade, em primeiro lugar, o antagonismo entre a individualização e a genese, notado por Spencer; e, em segundo, o ciúme inconsciente que muitos autores têm surprehendido. Como lembrou Montaigne, nos adultos em crepusculo não pôde deixar de produzir uma surda irritação o rumor dos passos da mocidade, que espreita, trepidante, o momento em que se lhe deve ceder o lugar. Todavia, o amor paterno existe, como grande força de cohesão social e um dos mais vivos estímulos à cultura e ao progresso da humanidade. Mostrou o A. as suas fontes: a emoção não específica de ternura, que

o homem experimenta diante dos seres vivos indefesos; o prazer do contacto; o hábito social gerado pelo convívio (no qual o papel indirecto da esposa é de grande importância); o amor próprio; o interesse e, por fim, a pressão social. E concluiu: "Esta origem, ainda que mestiça, ainda que convencionalmente "impura", não lhe diminui a grandeza nem lhe amesquinha a utilidade".

**DOSAGEM DO ACIDO URICO NAS MANCHAS DE URINA** — DR. ARNALDO AMADO FERREIRA e pharm. ELISA NOVAK — Depois de descrever a técnica utilizada, os AA., focalizaram o valor médico legal da contribuição que vinham de apresentar.

## Santa Casa de Misericordia de S. Paulo

CONFERENCIA EM 14 DE NOVEMBRO

**SYNDROMAS ABDOMINAES DE ORIGEM ENDOCRINA** — PROF. DR. GREGORIO MARAÑON — Os syndromos abdominaes de origem endocrina foram escolhidos para themes porque ha muito o vinham preoccupando. Esclarece que toda a vez que se fala de abdomen agudo, tem-se logo em mira tratar-se de caso de diagnóstico difícil, sendo necessário desprezar-se os cuidados clínicos normaes, para intervir directamente, depois se trata do agravamento do

estado de saude do paciente. Informa, depois, que esses syndromas vêm sendo objecto de estudos attentos em sua clínica em Madrid e em Paris. Até ha pouco tempo, não haviam sido sufficientemente definidos pelos médicos. Refere-se, em seguida, às formas agudas, que são muito frequentes, proseguindo no estudo desse tema para a classe médica paulista ali representada por facultativos e estudantes de medicina.

## Outras Sociedades

**Sociedade Medica São Lucas** — reunião de 22 de novembro: Luxação metatarso phalangeana dos 3 ultimos dedos, dr. José Saldanha Faria; Concomitância de ulcera e de tumor do estomago, dr. Eurico Branco Ribeiro.

**Sociedade de Biologia**, reunião de 18 de setembro, ordem do dia: Relação entre a morphologia do Aspergilo niger e seu poder de fermentação — Drs. D. M. Cardoso e V. Grieco; Especificidade sorológica de azo-compostos preparados com a sul-

phanilamida, sulphpiridina, di-septal atoxil e acido sulphanilico Drs. Q. Mingoje e M. Rocha e Silva ; Efeitos de algumas drogas sobre a contractibilidade "in vitro" de canaes deferentes, vesiculas seminaes e prostatas de ratos normaes, castrados e tratados com hormonios sexuaes — Drs. Thales Martins, J. Ribeiro do Valle e Ananias Porto ; Sobre a duração de tratamento necessario para que os hormonios sexuaes influam sobre a contractibilidade "in vitro" dos canaes deferentes e vesiculas seminaes de ratos castrados — Drs. Thales Martins, J. Ribeiro do Valle e Ananias Porto.

**Instituto Biologico**, reunião de 20 de outubro, ordem do dia : Da biologia de alguns hymenopteros parasitas — Dr. Leão Araújo ; A mancha parda dos citrus — Raul Drummond.

Reunião de 27 de novembro, ordem do dia : As bases biológicas da personalidade — PROF. R. VEIT ; Giardioses humanas — PROF. A. CARINI.

**Sociedade de Oftalmologia**, reunião de 14 de novembro,

ordem do dia : Adenoma hypophysario ; tratamento cirúrgico, regressão dos disturbios ophthalmicos — Dr. Carlos Gama ; Lues secundaria ocular — Dr. Durval Lucena.

**Sociedade dos Medicos do Hospital de São Paulo**, reunião de 17 de novembro, ordem do dia : Cancer gastrico perfurado no fígado — drs. B. Tranches, José Goulart Penteado e Ddo. J. B. Credidio ; Insuficiencia aguda do ventrículo direito. Dr. Italo Le Voci, e académico Oswaldo Luechesi ; Duas Techniques simples de broncographia. Dr. Ulysses Lemos Torres e académico Paulo Bottassi ; Hernia de Richter — Dr. Aruleno Santos Novaes e académico Carlos Parente ; Cancer primitivo do fígado — Dr. B. Tranches e académico Isaac Prujansky ; Interpretação dos sopros Merosistólicos — Ddo. José Landulpho ; Considerações em torno de 20 casos de ulcera duodenal — Drs. Aruleno Santos Novaes e Cid Sanches Bittencourt ; Aneurisma da aorta thoracica — Dr. B. Tranches e ddo. Luiz Carlos de Borba.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**La Neumoterapia en la práctica diaria** — Alfred Fischer, edição espanhola da Editorial Labor, Barcelona, 1939.

O A. traz ao tema — assumpto de inteira actualidade, pelos resultados brilhantes que a collapsotherapy vem produzindo — a contribuição valiosa da sua grande experiência de especialista. Senhor completo do assumpto, convicto dos benefícios do pneumothorax terapêutico, o A. pretende a diffusão larga desse recurso, de molde a ser praticado correntemente em qualquer serviço clínico, antes mesmo que o doente

seja encaminhado a um serviço especializado. "E' necessário que o medico pratico, que soe ser o primeiro que assiste o tuberculoso, se ocupe da collapsotherapy com maior interesse e conhecimento, já que uma therapeutica activa immediata pode ser extraordinariamente benefica para a conservação da saúde publica" — afirma o A. E' assim que justifica o aparecimento do livro, destinado a vulgarizar o pneumothorax terapêutico. Trata-se, pois, de uma obra de grande utilidade para todos os medicos que vivem longe dos centros onde há especialistas.

**Metabologia Clinica** — 3.<sup>a</sup> serie — Annes Dias e colaboradores, Editora Scientifica (169, rua do Ouvidor), Rio, 1939.

Em preparo a 2.<sup>a</sup> edição da 1.<sup>a</sup> série, exgotada quasi a edição da 2.<sup>a</sup> série, a 3.<sup>a</sup> série da Metabologia Clinica apparece em excellente feitura material, lançada por uma nova casa editora, que se apresenta sob os melhores auspicios, dando á publicidade, de inicio, uma série de obras de autores brasileiros já consagrados nas letras medicas. O volume contem perto de 300 paginas e encerra uma duzia de trabalhos sahidos da escola de Annes Dias, nome que, pelo seu valor, pela sua operosidade, pela orientação segura com que conduz e faz trabalharem os seus assistentes, já de muito se impoz nos meios scientificos nacionaes e estrangeiros. Basta isso para se aquilatar do valor do livro que ora apparece e que, sem duvida, está sendo acolhido com avidez pelos clinicos. Preço, encadernado, 35\$000.

**Olho clinico** — Erwin Risak, edição portuguesa da Cia. Melhoramentos (461, rua Libero Badaró), São Paulo, 1939.

Em tradução de Raul Margarido, as Edições Melhoramentos apresentam o "Olho Clinico" de Risak, professor da Universidade de Vienna. Nesse livro interessante, o A. primeiro considera o medico em relação com os seus cinco sentidos, mostrando quanto pode tirar delles em beneficio do doente. Depois considera o ambiente em que se encontra o doente, passando, a seguir, a encarar o doente e os seus varios orgams, em capitulos sucessivos. Diz o A. que o livro contem apenas suggestões. Mas, não: Contem, tambem ensinamentos e justamente o mais precioso dos ensinamentos — mostrando ao leitor como "educar melhor do que até agora os seus orgams dos sentidos no diagnostico clinico". O volume contem 156 paginas, de leitura facil e amena. Preço, 18\$000.

**Patologia y Cirurgia del esfinter de Oddi** — Delfor del Valle (Hijo), El Ateneo (340, Florida), Buenos Aires, 1939.

O illustre e conhecido cirurgião argentino, professor extraordinario de Clinica Cirurgica e operador chefe do Instituto de Gastroenterologia do Hospital Ramos Mejia, apresenta-nos um livro de grande valor, baseado em larga experienca e fartamente documentado. Estuda particularmente a choledoco-oddite escleroretro-tractil chronica, em suas relações com os syndromas da lithiasis biliaria, da obstrução biliaria primitiva e da pancreatite aguda e chronica. Depois de esplanar o assumpto o A. faz um ligeiro historico e entra logo em detalhes de physiopathologia da affecção, para discutir em seguida a anatomia pathologica. Cuida da cholangiographia, mostrando o seu valor no acto cirurgico e no post-operatorio. Explana a orientação do tratamento cirurgico e apresenta a sua casuistica, composta de 34 observações. O volume contem perto de 300 paginas, com esquemas, figuras e trichromias.

**O papel da analyse histologica em Medicina Legal** — Hilário Veiga de Carvalho, These; de concurso de Docencia Livre, São Paulo, 1939.

O trabalho com que o A. se apresentou em concurso de Docencia Livre é daqueles que honram o departamento em que foram elaborados. Discípulo da escola de Flaminio Favero, o A. vem se destacando pelo valor dos seus trabalhos, de sorte que este é uma sequencia natural dos de-mais, confirmando o alto conceito em que é tido o fundador de "Neuronio". Na presente these, o A. focaliza questões de grande interesse medico legal, como a dos quadros histologicos da rigidez muscular, a do calculo da edade do recemnascido pela analyse histologica dos nervos opticos e a dos quadros histologicos do orificio de entrada dos projeteis unicos de arma de fogo na pele. O trabalho é ilustrado com excellentes gravuras.

**Brucellosis in man and animals** — FOREST HUDDLESON e colaboradores, The Commonwealth Fund (41 East 57th Street), Nova York, 1939.

A mais de 20 annos, Forest Huddleson vem estudando a brucellose e o seu agente causador. Não contente ainda com os proprios conhecimentos, na feitura do livro recorreu a tres colaboradores — um professor de Epidemiologia, Hardy ; um professor de Pharmacologia, Debono ; e decano da Divisão de Veterinaria, Giltner — entregando a cada um a confecção de uma determinada parte da obra. Basta isso para se aquilatar do valor do presente livro, em que a questão

da brucellose apparece completamente actualizada sob todos os seus aspectos. O volume contem 340 paginas e custa \$3,50 dollares.

**International Health Division** — ROCKEFELLER FOUNDATION (49 West 48th Str.) Nova York, 1939.

O presente volume contem o relatorio annual, referente a 1938, da Divisão de Saude International da Rockefeller. Entre os assumptos abordados, estão os relativos á febre amarela, á influenza, á tuberculose, á syphilis, á raiva, á malária, etc., nos quaes a benemerita instituição desenvolveu grande actividade durante esse anno em varios paizes. O volume contem 234 paginas.

## IMPRENSA MEDICA PAULISTA

### Summario dos ultimos numeros

**Caderno de Pedriatria**, IV, 365-384, outubro 1939. — Contribuição clínica ao methodo chimiophysiotherapico na infancia — N. Javarone ; O parasitismo intestinal. A amebiase — I. Barbosa e A. Esposel.

**Folia Clinica et Biologica**, XI, 129-130, n.º 5, 1939. — Alterações do sangue periferico e dos órgãos hematopoieticos, em portadores de blastomicose externa, com repercussão visceral — J. Ramos, J. Oria e M. Pio ; Di un nuovo procedimento per calcolare la velocità circolatoria nel rene — A. Busacca ; A uretrite linfogranulomatosa — E. Mauro.

**Gazeta Clinica**, XXXVII, 285-318, agosto 1939. — Peso e altura dos escolares de S. Paulo — Maria Antonietta de Castro ; Valor clínico da punção esternal. — I. A. Kassirski ; Trabalho de Centro de Hygiene Social — Nicolau Rossetti ; Therapeutica homeopatica em oftalmologia — Tas-sára de Padua.

319-358, setembro 1939. — Estudo da medula ossea "in vivo" — I. A. Kassirski e N. N. Krekchin ; Tratamento dos tumores cutaneos — Mendes de Castro ; Ligeiras notas sobre a lepra — J. N. de Almeida Prado.

**Noticia Medica**, VI, 1-8, 20 de outubro 1939. — Os medicos do Rei Nabucodonozor — Angelo Candia ; Diathermia e hemorrhoïdes — Antonio Salgado ; A desidratação dos operados. — E. Ribeiro.

**Resenha Clinico-Cientifica**, VIII, 451-487, novembro 1939. — A significação e as finalidades da pathologia comparativa — Pietro Rondoni ; Os tumores da primeira infancia — Luigi Auricchio ; A ginecologia no dominio medico-social — Emilio Alfieri ; Luz e substancias photodinamicas — Guido Guerrini.

**Revista da Associação Paulista de Medicina**, XV, 103-184, agosto 1939. — Distribuição

geographica do megaesophago-megacolon ; estado actual da theoria etiologica da avitaminose Bl — Eduardo Etzel ; Centros de soro-prophylaxia — Rubens Azzi Leal ; Tratamento da doença de Nicolas e Favre, pelas injecções ammonoicas de sulfato de cobre ammoniacal — Armando Valente.

**Revista Clinica de S. Paulo** VI, 85-120, setembro 1939. — Sobre el hipocratismo digital unilateral y su valor en los aneurismas de la arteria subclavia y del tronco brachiocephalico — Mariano E. Castex e Egydio S. Mazzoni ; Aspecto clinico da necrose amebiana incipiente do figado —

Oscar Monteiro de Barros ; Aspectos clinicos na avitaminose E — Dutra de Oliveira.

**Revista Odontologica Brasileira**, XXVIII, 115-160, maio-junho 1939 — A psychiatria de hoje. Algumas considerações de interesse ; dentes e psychoses — E. de Aguiar Whutaker ; Reumatismo e febricola de origem dentaria — Guilherme de Oliveira Gomes ; Investigações referentes á presença e ao conteúdo de Vitamina C em tecidos germinaes de animaes sob dieta comum e sob dieta rica de acido ascorbico — Elio Tempestini.

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

**Curso de aperfeiçoamento em ophthalmologia** — A partir de 2 de Janeiro do proximo anno, realizar-se-á na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um curso de aperfeiçoamento em ophthalmologia, para medicos e estudantes de medicina de todo o paiz. Está encarregado do curso, o dr. Cyro de Barros Rezende, livre-docente e 11º assistente de Clinica Ophthalmologica da alludida Faculdade.

Esse curso constará de tres partes :

I) Parte didactica — 15 aulas teoricas sobre pathologia ocular e 10 aulas praticas sobre cirurgia ocular ;

II) Parte practica em ambulatorio especializado ;

III) Conferencias, sobre themes da especialidade.

A primeira parte, didactico-oral a cargo exclusivo do dr. Cyro de Barros Rezende, compreenderá 15 aulas teoricas, versando os seguintes pontos : 1) Affecções do apparelho lacrimal ; 2)

Affecções da iris e do corpo ciliar ; 3) Pathologia do humor vitreo ; 4) Pathologia do crystalino ; 5) Camaras do olho — Glaucoma ; 6) Estrabismo ; 7) Apparelho oculo-motor ; 8) Apparelho oculo-sensorial ; 9) Refracção em geral ; 10, 11, 12 e 13) Affecções da retina ; 14) Affecções da coroide ; 15) Affecções do nervo optico.

Nesta parte do curso, serão con- sagradas 10 aulas á cirurgia ocular, e dellas se encarregarão os drs. Cyro de Barros Rezende e Jacques Tupinambá, ex-primeiro assistente da Clinica Ophthalmologica da Faculdade, medico adjunto da Santa Casa e oculista do Sanatorio Esperança.

As aulas obedecerão ao seguinte programma : Cirurgia da cataracta, glaucoma, pterigo, entropion e triquiasis, vias lacrimaes, palpebras, exerto, da cornea, descolamento da retina, estrabismo e orbita.

A segunda parte, dedicada á practica em ambulatorio, estará á cargo do dr. Cyro de Rezende e

dos drs. Jacques Tupinambá, Plínio de Toledo Piza e Jorge Cavalleiro Willmersdorf medicos da 1.<sup>a</sup> Enfermaria de Olhos (de Mulheres) da Santa Casa de Misericordia, sendo os dois ultimos, respectivamente, 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> assistentes da Clinica Ophthalmologica da Faculdade de Medicina.

As aulas versarão, simultaneamente : molestias externas, refracção e ophthalmoscopia.

A terceira parte do curso, será preenchida por uma série de conferencias feitas durante o mez do curso, e para a sua reanulação seará solicitada a colaboração de

medicos especialistas, que disserão sobre os seguintes themes : 3) Syphilis ocular ; 4) Descolamento da retina ; 5) Retinographia, etc.

As aulas da 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> partes, serão dadas diariamente pela manhã, na Clinica Ophthalmologica da Faculdade de Medicina (Santa Casa), e as da 3.<sup>a</sup> parte, em local que será previamente designado.

As inscrições acham-se abertas na secretaria da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, onde serão prestadas todas as informações a respeito.

## Sanatorio Esperança

**Semana scientifica pela passagem de seu 1.<sup>o</sup> anniversario.** — O Sanatorio Esperança comemorou em 6 de novembro a passagem do 1.<sup>o</sup> anniversario de sua fundação.

Nesse sentido a directoria dessa casa de saude organizou o seguinte programma :

Conferencia do prof. Eurico Sodré sobre o theme : "A medicina em face do direito publico administrativo"; Concerto de piano pela sra. d. Antonietta Rudge.

Além da alludida cerimonia, foi organizada uma semana scientifica com o mesmo escopo, de acordo com a seguinte distribuição dos temas e respectivos conferencistas :

Dia 7 — Sessão scientifica dedicada á cirurgia — Prof. B. Montenegro — "Physiopathologia das vias biliares applicadas á cirurgia"; prof. Alípio Corrêa Netto "Racionalização do tratamento cirúrgico da hernia inguinal"; prof. A. Bernardes de Oliveira, "Hysterectomy sub-total totalizada. Technica. Indicações, Vantages": "A esophagectomy total por via abdominocollar no tratamento do cancer do esophago thoraxico"; "Cura das eventragões post-operatorias do epigastro pela plastica tendino-mus-

cular do grande obliquo, Technica original"; "Sala operatoria. Critica de alguns pontos de technica : Ar condicionado, iluminação. Esterilisação integral", "Gastrotomia tubo-valvular de Spivack e "Obstrução intestinal por cálculo biliar".

Dia 8 — Sessão scientifica dedicada á urologia ; prof. Luciano Gualberto, "Rim duplo"; drs. J. Martins Costa e Motta Pacheco, "Ressecção transuretral da prostate"; dr. José Ramos de Oliveira, "O problema therapeutico das nefrites"; dr. Carlos Moraes Barros, "A conducta therapeutica na tuberculose renal bilateral"; drs. J. Martins Costa e Gilberto Acar, "O tratamento do ureter na cirurgia da tuberculose renal" e drs. J. Martins Costa e B. Negriani, "Hemangioma do rim".

Dia 9 — Sessão scientifica dedicada á oto-rhino-laryngologia : dr. J. E. Rezende Barbosa, "Apparelho vestibular e o cerebelo. Valor da disharmonia vestibular"; prof. E. Vasconcellos e dr. Plínio M. Barreto, "Cancer do larynx. Tratamento radiotherapeutico e cirúrgico"; dr. Rebello Netto, "Correcção das cicatrizes da face" e dr. Mario Ottoni de Rezende "Relações pathologicas entre os dentes e seios maxillares".

Dia 10 — Sessão científica dedicada á obstetricia e á ophthalmologia : prof. Raul Briquet. "Da sulfamida na infecção puerperal"; dr. Lech Junior (Campinas), "Vanadio na syphilis ocular"; dr. Durval Livramento Prado (Santos), "Tuberculo da choroide e do nervo optico"; dr. Waldemar Belfort de Mattos "Tuberculose ocular"; dr. Cyro Rezende, "Retinites hypertensivas"; dr. Aristides Rabello, "Nova orientação na prophylaxia do trachoma em S. Paulo" e dr. Jacques Tupinambá, "Injecções intra-orbitarias de alcohol".

Dia 11 — Sessão científica dedicada á neuro-psichiatria, á radiologia e á assistencia hospital : prof. A. C. Pacheco e Silva e dr. Aristoteles Cardo, "Cachexia hypophysaria de Simmonds"; prof. Raphael P. de Barros e dr. Plinio M. Barreto, "Bronchographia"; prof. A. C. Pacheco e Silva e dr. Fernando Oliveira Bastos, "Sobre um caso de hydrocephalia"; prof. Paulino Longo e dr. Fernando Oliveira Bastos, "A convulsotherapy nos estados catatonicos" e enferm. Hilda Krisch, "A evolução da enfermagem através dos tempos".

## Associação dos Medicos de Santos

**Sua fundação** — No dia 7 de setembro fendo foi installada na vizinha cidade a Associação dos Medicos de Santos cujos fins são: incentivar a cultura medica nessa cidade; promover a união e defesa da classe; interessar-se pela solução dos problemas sociais da medicina; tomar toda e qualquer iniciativa de interesse geral dos seus associados.

A primeira assembléa elegeu em seguida a directoria da Associação que ficou assim constituída : pre-

sidente, Samuel A. Leão de Moura ; 1.<sup>o</sup> vice-presidente, Antonio Guilherme Gonçalves ; 2.<sup>o</sup> vice-presidente, Mario Graccho ; 1.<sup>o</sup> secretario, Edgard Boaventura ; 2.<sup>o</sup> secretario, Edgard Falcão ; 1.<sup>o</sup> thesoureiro, José Cardamone ; 2.<sup>o</sup> thesoureiro, Antonio Arantes e bibliothecario, Cyro Werneck. Comissão de contas : Gastão Ayres, José Dias de Moraes e Nicolino Rabello Machado. Comissão de syndicancia : Emilio Navajas Filho, Hugo Santos Silva e Durval Livramento Prado.

## Senotiol - Calcio colloidal

melhor regulador do fígado e do intestino

**SULFOBILINA**

Enxofre colloidal, bile, boldo, combretem, podophyllum, belladona

Dose: 1 a 4 drageas após as refeições

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro



# TENIFUGO VIOLANI

Preparazione speciale del Chirurgo Farmacista G. VIOLANI - Milano

È prescritto da oltre cinquant'anni dalle primarie autorità mediche, con piena e costante fiducia quale UNICO RIMEDIO VERAMENTE SICURO, PRONTO ed INNOCUO contro la

## TENIA o VERME SOLITARIO

L'espulsione della tenia con la testa si ottiene nello spazio di un'ora. — Una dose è sufficiente. Si somministra anche ai bambini ed alle persone deboli ed esaurite, senza dar luogo a disturbi di sorta. Il TENIFUGO VIOLANI è dunque SICURA EFFICACIA anche contro l'Anchileostoma e il Tricocefalo.

DEPOSITO em CURITYBA.

Laboratorio Pharmaceutico PEDRO VIOLANI, Caixa Postal, 188.

NA GRIPPE, PNEUMONIA, BRONCHITE AGUDA E CHRONICA,  
BEM COMO NAS COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS,

## Cyclosol

E' EXCELLENTE MEDICAMENTO.

\*  
NA SYPHILIS NERVOSA, CUTANEA E VISCERAL

BINATRIUM (tartaro bismuthato de sodio)  
SAL SOLUVEL DE BISMUTHO,  
E' INFALLIVEL E COMPLETAMENTE INDOLOR



## Instituto Biotherapico Brasileiro

DIRECCAO SCIENTIFICA

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

PARA AMOSTRAS:

Deposito em S. Paulo:

RUA JOSE' BONIFACIO, 233 - 8.<sup>o</sup> and., salas 801 a 806 — Phone, 2-7955

### BREVEMENTE

3.<sup>o</sup> VOLUME DOS

### “ESTUDOS CIRURGICOS”

DE AUTORIA DO

Dr. Eurico Branco Ribeiro

1 VOLUME FARTAMENTE ILLUSTRADO  
PEDIDOS DESDE JÁ AO AUTOR

CAIXA, 1574 - S. PAULO

PREÇO 25\$000



6  
A57  
P32

AN

M

Vol. X

6005

A57

P32

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: EURICO BRANCO RIBEIRO *FEB 12 1940*  
Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone 7-4020  
Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno . . . . 30\$000. Por 2 anno . . . . 50\$000.

Vol. XXXVII

Dezembro de 1939

N. 6

*“Não diga ‘uma colher’, mas sim  
‘uma colherada’ de*



**PHILERGON**

ENERGICO REVIGORANTE  
NEURO-MUSCULAR

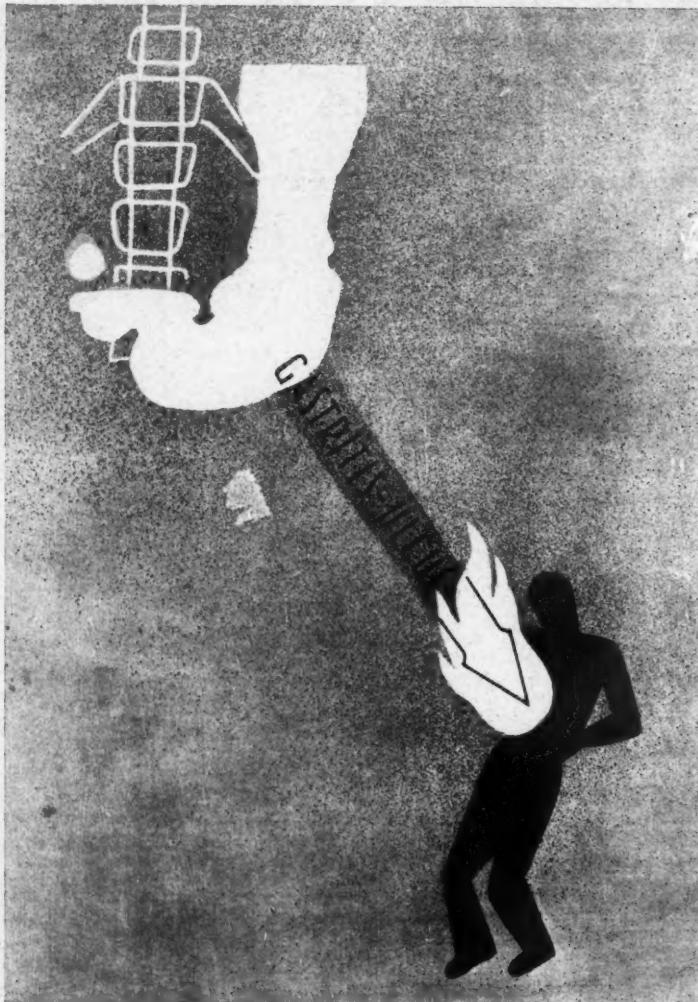
**ADULTOS:**

*Uma colherada das de sopa antes das refeições.*

**CREANÇAS DE MAIS DE 5 ANOS:**

*Uma colherada das de sobremesa antes das refeições.*

**Para tratamento da ulcera peptica,  
da gastrite e da hipercloridria**



# **SALVACID**

Bile — Ácido acetilglicocólico — Tuion  
Coliglicina — Carbonato de Ca —  
Bicarbonato de Na — Glueirricina

**ACONDICIONAMENTO:** Salvacid pilulas ou injetavel

**TRES S/A**  
BUDAPEST

**REMEDIA**

Caixa Postal, 3127 - Tel. 2-8004 - S. PAULO

# GLYCOSORO

O melhor copra a fraqueza  
orgânica, sobretudo quando  
houver retenção cloretada  
Uma injecção diária ou em dias alternados

SÓRIO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratorio  
GROSS  
do Janeiro

# RAIOS X

**Dr. J. M. Cabello Campos**

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnóstico — Exames  
Radiológicos a domicilio

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone : 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO

# D Y N I O D O

SÓRIO TONICO IODADO

Injecções indolores musculares

ASSOCIAÇÃO DA INFLUENCIA ANALGESICA, ANTIRHEUMATICA E  
HYPOTENSIVA DO IODETO DE SODIO Á ACÇÃO TONICA NERVINA  
DO GLYCEROPHOSPHATO DE SODIO

**LABORATORIO GROSS - RIO**

**NOS ACCESSOS ASTHMATICOS**



# **BRONCHISAN**

**“SILBE”**

Ephredina natural.  
Benzylptaiato de Calcio.  
Amidopyrina.  
Theophyllina.

**CONSTITUE O MEDICAMENTO IDEAL,  
SOB A FORMA DE COMPRIMIDOS**

FABRICANTES:  
**DR. ERNEST SILTEN**  
BERLIM NW6

REPRESENTANTES:  
**REMEDIA**  
CAIXA POSTAL, 3127 - TEL. 2-8004  
SÃO PAULO

